Digitized by the Internet Archive
in 2021 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/s7392id1398938

ANNALI DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

TOMO XI — ANNO 1888

ANNALI

DI

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
13 DEC 89
LIBRARY

FIRENZE
TIPOGRAFIA CENNINIANA
—
1889

INDICE RAGIONATO

DELLE MATERIE CONTENUTE NEL VOLUME XI

ANNO 1888

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
13 DEC 89
LIBRARY

A

Abbonamento — Nota di coloro che lo pagarono.... *Pag.* 288, 336, 432, 480, 528.
Acqua calda (Dell') in Ostetricia.. *Pag.* 329
— Operazioni praticate sotto una corrente di = e fuori del contatto dell'aria..... » 185
— Sterilizzazione dell' = per medicare le piaghe ..... » 42
Addome - Paralisi dei muscoli dell' = in donna..... » 332
Addominale parete - Fissazione dell'utero alla parete = ... » 316
Adenoma - Sopra l' = della cervice sospetto e maligno..... » 184
Aderenza completa della Placenta ... » 187
Aderenze periuterine - Contributo allo studio del trattamento delle medesime..... » 337
Albert (Dott.) di Vienna - Trattamento dei corpi fibrosi secondo il suo metodo..... » 431
Albuminuria - Inserzione anormale della placenta e = ... » 90
Amputazione del corpo dell'utero infetto nella cura della setticemia puerperale grave..... » 136
— utero-ovarica al complemento di taglio cesareo per rottura dell'utero in travaglio di parto..... » 97
Anemia perniciosa progressiva in una donna gravida, guarigione mediante l'interruzione della gravidanza al 7° mese..... » 467
Anestesia uterina..... *Pag.* 287
Anomalie dell'utero - Contributo allo studio delle medesime.....» 178
Antipirettici (Degli) durante il travaglio..... » 429
Antipirina (L') nelle coliche uterine.. » 236
— (L') nel parto naturale..... » 328
Apoplessia puerperale (Un caso di) in una giovane donna partoriente.... » 325
Apostoli - Metodo dell' = contro il fibroma ecc..... » 272
Aria - Entrata dell' = nelle vene dell'utero nella placenta previa ... » 177
— Operazioni ostetriche praticate sotto una corrente d'acqua e fuori del contatto dell' = ... » 185
Ascite come sintoma della torsione del peduncolo delle cisti ovariche.. » 227
Asfissia (Minaccie di) del feto ..... » 122
Avambraccio - Tumori dell' = causanti la distocia..... » 328
Avvisi - ..... 96, 191, 287, 334, 432, 480.

B

Bacino (Del) infantile secondo le vedute odierne e delle forze trasformatrici. Comunicazione fatta al IV Congresso della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia..... » 529
Bozeman - Modificazioni alla cannula del = ... » 238
Braccio - Tumori del = causanti la distocia..... » 328

C

Canale genitale - I microrganismi nel = della donna sana..... *Pag.* 281
Cancro uterino - Diagnosi precoce ... » 140
— Medicature ..... » 431
Cancroide e Leucoplasia della muccosa vulvo-vaginale..... » 239
Cannula del Bozeman - Modificazioni. » 238
Carcinoma grave dell'utero - Causticazione col cloruro di Zinco ..... » 566
Casistica Ginecologica ..... » 215
Casistica Ostetrica 84, 122, 170, 215, 272 297, 370, 560
Castrazione - Vomito e meteorismo consecutivi alla = e non dipendenti da setticemia..... » 49
Causa singolare di morte dopo la laparotomia ..... » 225
Causticazione col cloruro di Zinco nel carcinoma grave dell'utero e nella endometrite cronica..... » 566
Cervice - Sopra l'adenoma sospetto e maligno della = ... » 184
Cinque casi di gravidanza estrauterina. Nota clinica 145, 193
Ciste ovarica complicante una gravidanza - Condotta da tenersi ..... » 232
Cistomi ovarici intraligamentosi..... » 381
Clinica Chirurgica di Bologna - Isterectomia vaginale eseguitavi..... » 139
— Ostetrica di Pavia - Un po' di rendiconto della = nell'anno scolastico 1886-87, e narrazione di nove laparotomie con otto guarigioni..... » 131
Cloruro di Zinco - Sulla causticazione col = nel carcinoma grave dell'utero nella endometrite cronica.. » 566
Cocaina in Ostetricia ..... » 138
— (La) contro il vomito incoercibile nelle gravide ..... » 328
Coliche uterine - L'antipirina nelle = . » 236
Collo uterino - Epitelioma del = curato con la estirpazione parziale... » 428
— Falsa rigidità ..... » 87
Complicazione (Una rara) in un caso di placenta previa..... » 228
Contributo allo studio delle anomalie dell'utero .. .. » 178
Cooperatori - Elenco dei = che pagarono la Tassa 288, 336, 480, 528
Cordone ombellicale - Inserzione velamentosa del =. Secondamento artificiale. Placenta avente un cotiledone supplemantare..... » 235
— Nota sopra un tumore del = ... » 233
Corpi fibrosi - Trattamento dei = secondo il Dott. Albert di Vienna *Pag.* 431
Corpo estraneo nella vagina..... » 382
Corrispondenza ..... » 189
Cotiledone supplementare in una placenta ..... » 235
Cotone (Sterilizzazione del) per medicare le piaghe..... » 42
Cranioclastia col processo faciale..... » 122
Cucchiaio raschiatore (Curette) usato per curare l'emorragia che si osserva nei fibroidi uterini ..... » 330
Cura della febbre puerperale..... » 47
— delle metriti croniche..... » 229
— della setticemia puerperale grave con l'amputazione del corpo dell'utero infetto..... » 136
Curette (Sull'uso della) o cucchiaio raschiatore per curare l'emorragia che si osserva nei fibroidi uterini. » 330

D

Diagnosi precoce del cancro uterino.. » 140
Dismenorrea - Il Viburnum prunifolium e la Piscidia erythirina nella = » 423
— Pozione contro la medesima ..... » 383
— Trattamento..... » 427
Distocia (Sopra un raro caso di) causata da dei tumori del braccio ed avambraccio ..... » 328
Donne - Malattie delle = ... » 574

E

Echinococco endogeno della milza. Escisione della cisti col metodo Lindemann..... 1, 64
Elettricità - Sull'uso della = in Ginecologia ..... » 570
— Sull'uso della = per eccitare la funzione della glandula mammaria » 84
Elettrico - Nuovo trattamento = sopra un caso di idrosalpingite ..... » 230
Elettrolisi - Espulsione di un fibroma uterino per mezzo della = ... » 187
Elettroterapia col metodo dell'Apostoli..... » 170
— nelle malattie dell'utero ..... » 569
Embriotomia (Nota sovra un caso di). » 92
— sul tronco e cefalica praticata con la forbice decollatrice e con il basioclaste..... » 297

Emenagoghe - Proprietà = del permanganato di potassa..... *Pag.* 327
Emorragia dei fibroidi uterini curata con l'uso della Curette o cucchiaio raschiatore ..... » 330
— gravissima per placenta previa: minaccia di morte per sincope ex vacuo: governo speciale nell'assistenza a questo parto ..... » 29
— nella cavità addominale durante la mestruazione causa di morte subitanea ..... » 188
Emorragie uterine - Il Geranium maculatum nelle = ... » 428
— Valore terapeutico di certi medicamenti nelle = ... » 426
Endometrite cronica - Causticazione col cloruro di zinco..... » 566
Entrata dell'aria nelle vene dell'utero nella placenta previa ..... » 177
Epitelioma del collo uterino curato con la estirpazione parziale..... » 428
Ergotina - Azione della = sopra la involuzione uterina ..... » 186
— Iniezioni sottocutanee di = ... » 144
Esperienze (Alcune) sul laccio elastico nel governo intraperitoneale del peduncolo ..... » 164
— intorno alla trasmissione della rabbia della madre al feto attraverso la placenta e per mezzo del latte.. » 134
Esposizione universale di Parigi..... » 336
Espulsione di un fibroma uterino per mezzo dell'elettrolisi ..... » 187

F

Febbre puerperale - Cura..... » 47
Fibroidi uterini - Emorragia dei = curata con l'uso della Curette o cucchiaio raschiatore ..... » 330
Fibroma della parete anteriore dell'utero ..... » 272
— Espulsione di un = per mezzo dell'elettrolisi ..... » 187
Fissazione (Un caso di) dell'utero alla parete addominale ..... » 316
Forcipe - Pinza leva aggiunta al = per fare le tirate nel senso dell'asse del bacino..... » 205
Fornice vaginale posteriore - Perforazione accidentale ..... » 414
Forze trasformatrici del bacino infantile..... » 529
Fronte - Presentazione della = ... » 122

G

Garza iodoformizzata - Tamponamento con la = nell'inerzia uterina consecutiva al parto anormale. *Pag.* 430
— Sterilizzazione per medicare le piaghe ..... » 42
Geranium (Il) maculatum nelle emorragie uterine..... » 428
Ginnastica (La) nelle scuole..... » 334
Glandula mammaria - Uso della elettricità per esercitarne le funzioni. » 84
Gravidanza - Bizzarrie dell'utero al principio della medesima ..... » 231
— complicata da ciste ovarica. Condotta da tenersi..... » 232
— e parto con integrità dell'imene... » 238
— estrauterina (Cinque casi di). Nota clinica 145, 193
— Gravi fenomeni consensuali della =, specialmente vomito, ecc... » 560
— interrotta al 7° mese in anemia perniciosa progressiva in una donna gravida. Guarigione ..... » 467
— Interruzione al principio del 9° mese, ecc..... » 122
— Vomiti della = ... » 384
— Vomiti incoercibili nella = ... » 429
Gravide - Vomito incoercibile delle = curato con la Cocaina ..... » 328

I

Idro-salpingite - Nota sopra un caso di = e suo nuovo trattamento elettrico ..... » 230
Ignipuntura ..... » 272
Imene integro dopo la gravidanza ed il parto ..... » 238
Inerzia uterina consecutiva al parto normale. Tamponamento con la garza iodoformizzata..... » 430
Iniezioni sottocutanee di Ergotina.... » 144
Involuzione uterina - Azione della Ergotina sopra la = ... » 186
Isterectomia vaginale eseguita alla Clinica Chirurgica di Bologna, diretta dal Prof. Loreta..... » 139
Istituto Ostetrico Ginecologico. Movimento Clinico - Sezione Ostetrica. » 80
— Sezione Ginecologica ..... » 82

L

Laccio elastico - Alcune esperienze sul = nel governo intraperitoneale del peduncolo ..... *Pag.* 164
Laparotomia al 2° giorno di puerperio. » 227
— Di una singolare causa di morte dopo una = ... » 225
— non ordinaria ..... » 331
Laparotomie nove (Narrazione di) con otto guarigioni..... » 131
Latte come mezzo di trasmissione della rabbia della madre al feto..... » 134
Leucoplasia e cancroide della mucosa vulvo-vaginale ..... » 239
Levatrici - Manuale di Ostetricia ad uso delle = ... » 219
Libri ricevuti in dono..... » 96

M

Malattie delle donne..... » 574
— dell'utero - Elettroterapia..... » 569
Malattie uterine (Frequenza delle) e progressi della propedeutica ginecologica ..... » 139
Mammella - Trattamento delle ragadi della = ... » 426
Manifatture dei Tabacchi - Hanno esse una influenza nociva sovra la gravidanza e sopra il prodotto del concepimento? ..... » 424
Manovra del Muriceau-Levret ..... » 229
Manuale di Ostetricia ad uso delle Levatrici ..... » 219
Maritate giovani - Vaginiti acute ... » 384
Mauriceau-Levret - Sua manovra .... » 229
Medicature del cancro uterino..... » 431
Mestruali funzioni - Influenza della suggestione sulla regolarizzazione delle medesime ..... » 330
Meteorismo non dipendente da setticemia e consecutivo alla castrazione..... » 49
Metriti croniche - Cura..... » 229
Metrorragie - Mezzi tentati per arrestarle..... » 272
Microrganismi nel canale genitale della donna sana..... » 281
Milza - Echinococco endogeno della = Escisione della cisti col metodo Lindemann ..... » 1, 64
Morte (Di una singolare causa di) dopo la laparotomia ..... *Pag.* 225
— subitanea per emorragia nella cavità addominale durante la mestruazione ..... » 188
Movimento Clinico del R. Istituto Ostetrico Ginecologico - Sezione Ostetrica..... » 80
— Sezione Ginecologica..... » 82
Muscoli dell'addome - Paralisi dei = in donna ..... » 332

N

Necrologi ..... » 48
Notizie..... » 48

O

Oftalmia blenorragica (Sulla profilassi della) dei neonati ..... » 34
Oleato (Dell') di zinco in Ginecologia. » 383
Operazione cesarea ..... » 32
— del prolasso. Resultati ..... » 226
Operazioni ostetriche praticate sotto una corrente di acqua e fuori del contatto dell'aria..... » 185
Ostetricia - Dell'acqua calda in = ... » 329
— e Ginecologia - Società Italiana di = (Avviso per la 4ª riunione)..... » 335
— in campagna ..... » 401
— Manuale di = ad uso delle Levatrici..... » 219
Ovaio - Infiammazione dell' = e della tromba..... » 235
Ovarii supplementari ..... » 228
Ovarite e salpingite suppurante ..... » 232

P

Paralisi dei muscoli dell'addome in donna ..... » 332
Paresi (Di un caso di) vasomotoria in donna incinta ..... » 518
Parto e gravidanza con integrità dell'imene ..... » 238
— Mezzo di terminare il = ... » 431
— naturale. Uso dell'antipirina..... » 328
Peduncolo - Ascite come sintoma della torsione del = delle cisti ovariche. » 227
— Governo intraperitoneale del =. Esperienze sul laccio elastico ..... » 164

Perforazione accidentale del fornice vaginale posteriore..... *Pag.* 414
Perineorafia - Nuovo processo..... » 422
Peritonite puerperale - Trattamento.. » 429
Permanganato di potassa - Sue proprietà emenagoghe..... » 327
Pinza-leva aggiunta al forcipe per fare le tirate nel senso dell'asse del bacino..... » 205
Piscidia (La) erythirina e il Viburnum prunifolium nella dismenorrea.... » 423
Placenta - Aderenza completa della medesima..... » 187
— avente un cotiledone supplementare » 235
— come mezzo di trasmissione della rabbia della madre al feto..... » 134
— Inserzione anormale della = e albuminuria. Eclampsia e forma sincopale, parto forzato. Guarigione.. » 90
— previa - Emorragia gravissima per =: minaccia di morte per sincope ex vacuo: governo speciale nell'assistenza a questo parto..... » 29
— previa - Entrata dell'aria nelle vene dell'utero nella = ... » 177
— previa - Rara complicazione..... » 228
Pozione contro la dismenorrea..... » 383
Premio Speranza (Municipio di Parma). Avviso di concorso..... » 334
— Zannetti (Avviso di concorso)..... » 191
Processo (Un nuovo) di perineorafia . » 422
Procidenza del braccio e del funicolo ombellicale in donna gravida e ben conformata ..... » 127
Profilassi (Sulla) della Oftalmia blenorragica dei neonati..... » 34
Prolasso - Sui resultati della operazione del = ... » 226
Propedeutica ginecologica - Frequenza delle malattie uterine e progressi della = ... » 139
Proprietà emenagoghe del permanganato di potassa ..... » 327
Puerperio - Caso di retroversione e retroflessione d'utero in = ... » 237
— Laparotomia al 2° giorno ..... » 227

R

Rabbia - Esperienze intorno alla trasmissione della = della madre al feto attraverso la placenta e per mezzo del latte..... » 134
Rachitismo causante stenosi pelvica di secondo grado ..... *Pag.* 122
Ragadi della mammella - Trattamento » 426
Regressione incompleta dell'utero - Trattamento..... » 427
Rendiconto delle sedute della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia. Quarta riunione tenuta in Napoli dal 3 all'8 Settembre 1888 . 446, 481
— della Clinica Ostetrica di Pavia nell'anno scolastico 1886-87 e narrazione di nove laparotomie con otto guarigioni..... » 131
Resultati (Sui) della operazione del prolasso ..... » 226
Retroversione e retroflessione d'utero (Un caso di) in puerperio..... » 237
Retroverso flessione uterina di 3° grado per fibroma della parete posteriore del corpo ..... » 170
Rigidità (Falsa) del collo uterino..... » 87
Rivista Bibliografica. ..... » 574
Rottura spontanea dell'utero in travaglio di parto: taglio cesareo completato con l'amputazione utero-ovarica e seguito da guarigione » 97

S

Salpingite ed Ovarite suppurate..... » 332
Sapone antisettico ..... » 286
Scuole - La ginnastica nelle = ... » 334
Secondamento artificiale..... » 235
Setticemia puerperale grave - Cura coll'amputazione del corpo dell'utero infetto..... .. » 136
— Gangrena dell'utero e della vagina. Curage. Guarigione..... » 425
Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia - Avviso per la 4ª riunione. » 335
— Quarta riunione annuale tenuta in Napoli dal 3 all'8 Settembre 1888. Rendiconto delle sedute..... 446, 481
Spasmo muscolare diffuso..... » 408
Stenosi pelvica di secondo grado per rachitismo..... » 122
Sterilizzazione del cotone, della garza, dell'acqua che si usano per medicar le piaghe..... » 42
Suggestione (Influenza della) sulla regolarizzazione delle funzioni mestruali ..... » 330

T

Tabacchi - Le manifatture dei = hanno esse influenza sovra la gravidanza e sopra il prodotto del concepimento? ..... *Pag.* 424
Taglio cesareo completato con l'amputazione utero-ovarica per rottura dell'utero in travaglio di parto.... » 97
— cesareo (Il) con sutura dell'utero. Studio storico-casistico-critico. 241, 289, 337, 385, 433.
Tamponamento (Del) con la garza iodoformizzata nell'inerzia uterina consecutiva al parto normale..... » 430
Tassa - Elenco dei Cooperatori che la pagarono ..... 288, 336, 480, 528.
Terapeutico valore di certi medicamenti nelle emorragie uterine..... » 426
Travaglio - Degli antisettici durante il = ... » 429
Tromba - Infiammazione della = e dell'ovaio..... » 235
Tumore del cordone ombellicale. Nota. » 233
— estratto per la via della vagina... » 170
Tumori del braccio e dell'avambraccio causanti la distocia ..... » 328

U

Uovo (L') umano ..... » 571
Utero - Amputazione del corpo dell' = infetto nella cura della setticemia puerperale grave..... » 136
— Bizzarrie dell' = al principio della gravidanza..... » 231
— Carcinoma grave dell' =. Causticazione col cloruro di zinco ..... » 566
— Caso di retroversione dell' = in puerperio ..... » 237
Utero - Contributo allo studio delle anomalie dell' = ... *Pag.* 178
— Gangrena dell' = ... » 425
— L'elettroterapia sulle malattie dell' = ... » 569
— Regressione incompleta dell' = » 569
— Trattamento dell' = ... » 427
— Rottura spontanea dell' = in travaglio di parto..... » 97
— Sutura dell' = nel taglio cesareo conservatore. Studio storico-casistico-critico..... 241, 289, 337, 385, 433
— Un caso di fissazione dell' = alla parete addominale..... ..... » 316

V

Vagina - Corpo estraneo nella = ... » 382
— Gangrena della = ... » 425
Vaginiti acute nelle giovani maritate. » 384
Vanzetti Prof. Tito. (Necrologio)..... » 48
Vene dell'utero - Entrata dell'aria nelle = nella placenta previa..... » 177
Viburnum (Il) prunifolium e la Piscidia erythirina nella dismenorrea.. » 423
Vomiti della gravidanza ..... » 384
— incoercibili nella gravidanza..... » 429
Vomito (Il) ed il meteorismo non dipendenti da setticemia e consecutivi alla castrazione. Sunto di una conferenza del Prof. D. Chiara.... » 49
— incoercibile nelle gravide curato con la Cocaina ..... » 328

Z

Zinco - Dell'Oleato di = in Ginecologia ..... » 383

INDICE DEGLI AUTORI

ARCELASCHI Dott. GARIBALDO 285.

BERTOCCHI Dott. L. 427.

BORRI Dott. LORENZO 421.

CARUSO Dott. FRANCESCO 241, 289, 337, 385, 433.

FASOLA Dott. E. 1, 64, 127, 145, 193, 370, 414.

FONTANA Dott. PIER MATTIA 97.

FRASCANI Dott. VITTORIO 312.

G. A. 178, 184, 185, 226, 227, ivi, 228, ivi, ivi.

GELLI Dott. GINO 41, 47, 83, 87, 134, 136, 138, ivi, 139, 140, 144, 176, 187, 188, 229, 230, 280, 560.

GIACANELLI Dott. MARINO 474.

GIGLI Dott. L. 569.

GIORGERI Dott. CARLO. 518.

LAURO Prof. VINCENZO 446, 481, 529,

KIRCH Dott. G. 274.

MANGIAGALLI Prof. LUIGI 96, 190, 354.

MARCHIONNESCHI Dott. O. 225.

MARTINETTI Dott. ANTONIO 32, 33, 164, 189, 214, 240, 333.

PASQUALI Prof. E. 316, 331.

PIPERNO Dott. ETTORE 401.

SANI Dott. A. 47, 49, 90, 92, 96, 122, 127, 186, 187, 218, 231, 232, 233, 235, ivi, 236, 237, 238, 239, 240, 329, 330, 333, 427, 428.

ANNALI DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

SOMMARIO. — MEMORIE ORIGINALI: Echinococco Endogeno della milza. Escisione della cisti col metodo Lindemann. *Pag.* 1. — CASISTICA OSTETRICA: Emorragia gravissima per placenta previa: minaccia di morte per sincope ex vacuo: governo speciale nell'assistenza a questo parto. *Pag.* 29. — Operazione Cesarea. *Pag.* 32. — TRADUZIONI: Sulla profilassi della Oftalmia blenorragica dei neonati. *Pag.* 34. — RIVISTA: Della sterilizzazione del cotone, della garza dell'acqua che si usano per medicare le piaghe. *Pag.* 42. — Cura della febbre puerperale. *Pag.* 47. — NECRLOGIO. *Pag.* 48. NOTIZIE. *Ivi.*

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS
-6 MAR
LIBRARY

REGIO ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI FIRENZE

diretto dal Prof. Cav. Ufficiale

DOMENICO CHIARA

ECHINOCOCCO ENDOGENO DELLA MILZA

ESCISIONE DELLA CISTI COL METODO LINDEMANN

ALCUNE CONSIDERAZIONI
INTORNO ALL'ERNIA ADDOMINALE CONSECUTIVA A LAPAROTOMIA
A PROPOSITO DI UNDICI LAPAROTOMIE

PRATICATE

DAL DOTT. E. FASOLA

LIBERO DOCENTE DI OSTETRICIA ED AIUTO PROFESSORE

Comunicazione fatta alla Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia in Genova l'anno 1887.

SIGNORI,

Il 20 Maggio 1886 entrava nella Clinica Ostetrico-ginecologica di Firenze Guidotti Giuseppa, di 29 anni, maritata, attendente a casa. Essa non ha precedenti gentilizj; nei primi anni di vita ha sofferto malattie proprie

dell'età, e nel 1882 ebbe febbre tifoide. Fu mestruata la prima volta a 13 anni; le mestruazioni furono sempre regolari per quantità, qualità, e periodo di ritorno, ma sempre accompagnate da dolori alla regione lombo-sacrale.

Ebbe sei gravidanze, di cui una interrottasi a tre mesi circa per causa non conosciuta; le altre andarono a termine e furono seguite da parto e da puerperio regolare.

L' ultimo parto avveniva due mesi prima della sua venuta nella Clinica, dove ricoverava per consiglio del medico, il quale aveva constatato la presenza di una grossa cisti nella cavità addominale, cisti che supponeva dell'ovaio.

E in questa supposizione portava anche la donna, la quale raccontava che già quattro anni prima, in convalescenza della tifoide, si era accorta di avere un tumore grosso come un pugno, indolente alla pressione, elastico, alquanto mobile, *collocato nella fossa iliaca di sinistra.* Questo tumore non avrebbe disturbato l'andamento delle due ultime gravidanze: da qualche tempo, dopo l' ultimo parto, cresceva con rapidità.

All'esame praticato in Clinica il 20 Maggio si nota che la Guidotti ha media statura, buona conformazione scheletrica; che è notevolmente magra e deperita, e mostra in viso l' impronta di grande sofferenza.

Nulla di particolare si trova negli organi del torace.

Il ventre è molto arcuato, e la metà sinistra è più sporgente della metà destra.

Alla palpazione si avverte un tumore a superficie regolare, di consistenza elastica, che occupa tutta la metà sinistra della cavità addominale, e invade il quadrante inferiore destro, di dove si lascia spostare a sinistra e in alto.

La pressione determina dolore: non si sente fremito.

Alla percussione si ha ottusità in tutta la metà sinistra dell'addome e nella parte interna del quadrante infe-

riore destro; questa ottusità si continua direttamente in alto con l'ottusità splenica. Sonorità timpanica nel quadrante superiore destro e in parte del quadrante inferiore dello stesso lato.

La misurazione fatta il 20 Maggio, dà:

Circonferenza addom. al bellico	ctm.	81
» » sottombelicale	»	89
Diametro trasverso del tumore a livello delle S. I. A. S.	»	15

I genitali esterni e la vagina sono sani; l' utero piccolo, mobile, è leggermente spostato a destra. Attraverso il fornice di sinistra e molto in alto, esercitando con l'altra mano un po' di pressione sull'addome, si avverte la parete inferiore del tumore.

Leggero edema agli arti inferiori: nessuna traccia di albumina nelle orine.

Con questi dati la diagnosi già emessa altrove di *cistoma ovarico*, probabilmente sinistro, non ripugnava; ma vi mettevano un po' di ombra la continuazione dell'ottusità del tumore con l'ottusità splenica, la forma molto allungata del tumore e la sua limitazione quasi esatta alla metà sinistra dell'addome, che aveva invasa completamente; la sua spostabilità, non difficile, in alto e verso sinistra.

Egli è per questo che, pur non rigettando la diagnosi di cistoma ovarico, il Prof. Chiara emetteva con noi il dubbio di tumore della milza: a confermare la diagnosi mancava il fremito idatigeno.

Frattanto il Professore sottometteva la paziente ad una cura ricostituente, e determinava di praticare a tempo opportuno la laparotomia.

Il 5 di Giugno compariva la mestruazione, la prima dopo il parto, e cessava l' 11. Il dodici di Giugno la misurazione dava:

Circonferenza addom. al bellico	ctm.	83
» » sottombellicale	»	89
Diametro trasv. del tumore (S. I. A. S.)	»	22

Nulla di mutato si trova nell'apparato genitale; le condizioni generali della paziente sono discretamente migliorate, e il Prof. Chiara decide d' intervenire il 13 di Giugno, e dell'atto operativo incarica lo scrivente.

Il giorno indicato e alle ore 2,20′ pom. la donna è portata nell'anfiteatro, scaldato alla temperatura di 24° ctgrd.

Sono presenti molti colleghi e 12 studenti del 6° anno; è incaricato della cloroformizzazione il Dott. Sani; mi assistono i Dott. Martinetti e Kirch; presiede il Prof. Chiara (1).

La cloroformizzazione si ottiene senza difficoltà, e procedo alla laparotomia (ore 2,30′).

L'incisione è fatta, strato a strato, sulla linea mediana, estesa dal bellico in basso per circa 10 ctm. Diviso il peritoneo parietale, si mostra il grande omento, che ricuopre il tumore, e che si cerca inutilmente di spostare.

In questi tentativi l'omento si smaglia e mette allo scoperto il tumore cistico, a parete biancastra, splendente.

La mano, introdotta attraverso la smagliatura, avverte che il tumore è libero in basso, e fisso in alto e a sinistra: punto con un grosso trequarti, esso dà esito a qualche piccola cisti da echinococco. Cisti maggiori occludono tosto l'apertura fatta dal trequarti.

Afferrato il tumore con robuste pinze, mentre si tira su di esse e si fa sporgere la parte afferrata al di fuori della ferita addominale, si leva il trequarti, e si allarga l'apertura, dalla quale escono spontaneamente, e con lo ajuto della mano introdotta nella cavità, una grande quantità di cisti da echinococco di varia grandezza; da quella di un mandarino a quella di una veccia.

La cisti si è sviluppata a carico della milza, il cui parenchima assottigliato e disteso a mo' di scodella, si adagia sul segmento superiore della cisti stessa: la pa-

(1) Non m' intrattengo intorno ai particolari che riguardano la preparazione della paziente, dell'anfiteatro e di tutto quanto poteva avvicinare o doveva toccare la operanda: di questi particolari ebbi già occasione di dire brevemente in una Comunicazione fatta l'anno scorso a questo onorevole Consesso.

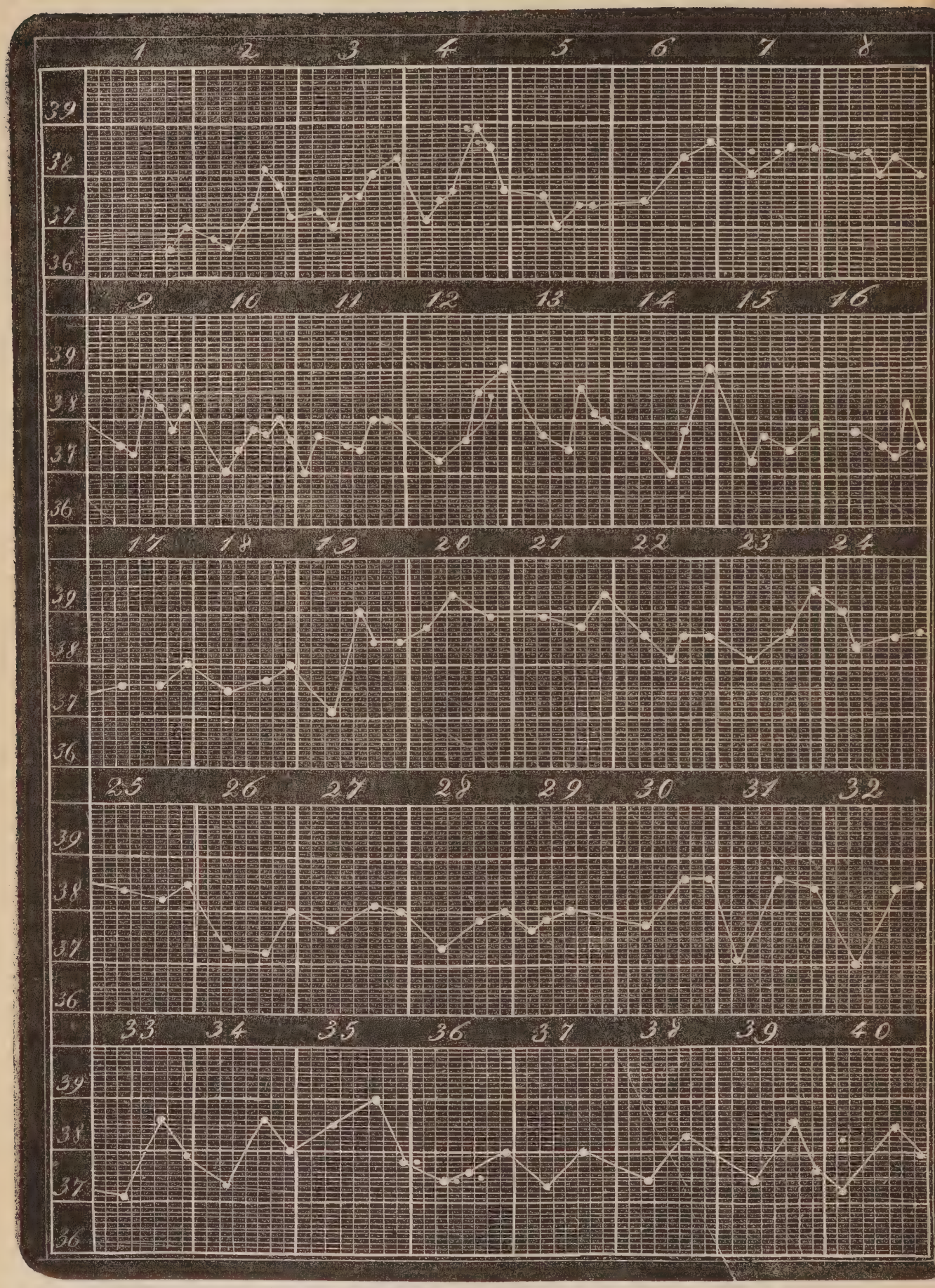
rete cistica è membranosa, spessa e resistente. Vuotata la cavità, si può estrarre buona parte di questa parete membranosa, che viene escisa colle forbici e col coltello.

Quindi, suturato il margine del segmento superiore lasciato coi margini della ferita addominale, (mettendo così in pratica il metodo Lindemann), e regolarizzato il contorno della cisti vuotata, vien fatto il riempimento della cavità risultante con tamponi bagnati in una soluzione di deutocloruro. A questi si sovrappone uno strato di garza e di cotone fenicato e in ultimo un quadrato di *mackintosk* e un cuscinetto imbottito di pallini di piombo.

L'atto operativo, compresa la cloronarcosi, durava un'ora ed un quarto: poco dopo l'atto operativo la donna si svegliava in buone condizioni.

La parete cistica escisa pesava grm. 230; il contenuto fu giudicato approssimativamente di 8 o 9 litri; approssimativamente, perchè in parte era caduto sul pavimento e sfuggito per tal modo alla misurazione. Il tracciato che vi presento fa vedere l'andamento clinico consecutivo all'operazione, andamento ordinario e regolare in questi casi, in cui la guarigione deve avvenire mediante suppurazione. (*V. pagina seguente*).

Ogni giorno venivano praticate irrigazioni con soluzione di deutocloruro, e intercalatamente con soluzione di acido borico, nella cavità formata dal segmento superiore della cisti, dalla quale uscivano con l'acqua delle prime irrigazioni non poche cisti di echinococco: nella ottava giornata erano tolti i punti di sutura: il 26 Settembre, tre mesi e 13 giorni dopo l'operazione, la donna lasciava la Clinica in condizioni generali buonissime. Esisteva però sempre all'addome, in corrispondenza dell'angolo superiore della ferita, un tramite fistoloso della profondità di 12 centimetri, con direzione obliqua dal basso in alto e a sinistra, verso la regione splenica, con fondo allargato a mo' di seno, capace di 30 grm. di liquido.


1 2 3 4 5 6 7 8
39 38 37 36
9 10 11 12 13 14 15 16
39 38 37 36
17 18 19 20 21 22 23 24
39 38 37 36
25 26 27 28 29 30 31 32
39 38 37 36
33 34 35 36 37 38 39 40
39 38 37 36

Come sappiamo, l'echinococco è un verme cistico, che rappresenta una fase di sviluppo della tenia echinococco, parassita delle varie razze del cane domestico, del lupo, della volpe, ecc. L'ovo di questa tenia portato con gli alimenti nelle vie digerenti dell'uomo, per l'azione dei succhi digestivi, vi si schiude e mette in libertà l'embrione o protoscolice, il quale, grazie ai movimenti e agli uncinetti di cui è munito, può trapelare attraverso la parete intestinale, attraverso il peritoneo, e per tal modo emigrare dal canale intestinale nelle varie parti del corpo. Là dove si arresta, va soggetto alla trasformazione in verme cistico, in echinococco. Sua sede di predilezione è il fegato; raramente si trova nella milza.

Nel punto dove si arresta determina una irritazione, una flogosi lenta, e, meno nelle sierose, dà luogo alla formazione di una capsula connettivale o avventizia che racchiude il parassita vescicolare. Questo ha grandezza variabilissima, parete più o meno spessa e aspetto diverso, a seconda della varietà dell'echinococco; è ripieno di liquido limpido, che non coagula nè con l'azione del calore, nè con l'azione degli acidi, e che con la evaporazione lascia depositare cristalli di cloruro di sodio.

È mobilissimo, e assai spesso la fluttuazione si trasmette alla mano sotto forma di fremito speciale, idatigeno; la mano in tali casi prova una sensazione paragonabile a quella che si ha stringendo nel pugno una palla di neve caduta di recente. Tale fenomeno per altro non è costante e comune a tutte le specie di echinococco.

Di questo se ne distinguono quattro specie:

1°. l'echinococco semplice, con o senza teste (acefalocisti). Questa specie non dà mai luogo a cisti secondarie, alle così dette *cisti figlie;*

2°. l'echinococco exogeno, che dà luogo a *cisti figlie* allo esterno; le nuove cisti sporgono alla superficie

esterna della cisti madre, dalla quale finiscono per rendersi affatto libere;

3°. l'echinococco endogeno, che dà luogo a *cisti figlie* allo interno: le nuove cisti sporgono alla superficie interna della cisti madre, e là finiscono per rendersene affatto libere.

Mentre la seconda specie (*exogeno*) è frequente nelle sierose, nel peritoneo ad esempio, ed ebbi occasione di osservarne un caso tipico un anno fa nella Clinica Ginecologica di Firenze, la terza specie (*endogeno*) è più frequente nel fegato, nel polmone, nel tessuto cellulare sottocutaneo e nella milza (e tale era il caso sopra narrato).

4°. l'echinococco moltiloculare, denominato *cancro colloideo alveolare*, prima che se ne conoscesse la natura parassitaria; di questo non è ancora ben nota la genesi.

Signori,

Il luogo e il tempo non permettono di estendermi in questo argomento e di soffermarmi alquanto intorno ai caratteri anatomici e clinici dell'echinococco, e intorno alla diagnosi differenziale di questo con altre specie di vermi cistici. Richiamo per questo al lavoro del Prof. Perroncito, che con tanta competenza e chiarezza ha trattato l'argomento (1).

Ho ricordato questa classificazione perchè, mi pare, ad essa devesi improntare l' indirizzo terapeutico, quando non si voglia confidare ciecamente alla fortuna di questo o di quel mezzo curativo in tutti i casi, in cui l' intervento è possibile, e affrontare i pericoli d' inutili tentativi.

Messa a parte la cura medica con cloruro di sodio, preparati mercuriali, joduro potassico, camala, e altre sostanze antielmintiche, che la esperienza ha dimostrato per-

(1) I parassiti dell' uomo e degli animali utili, anno 1882.

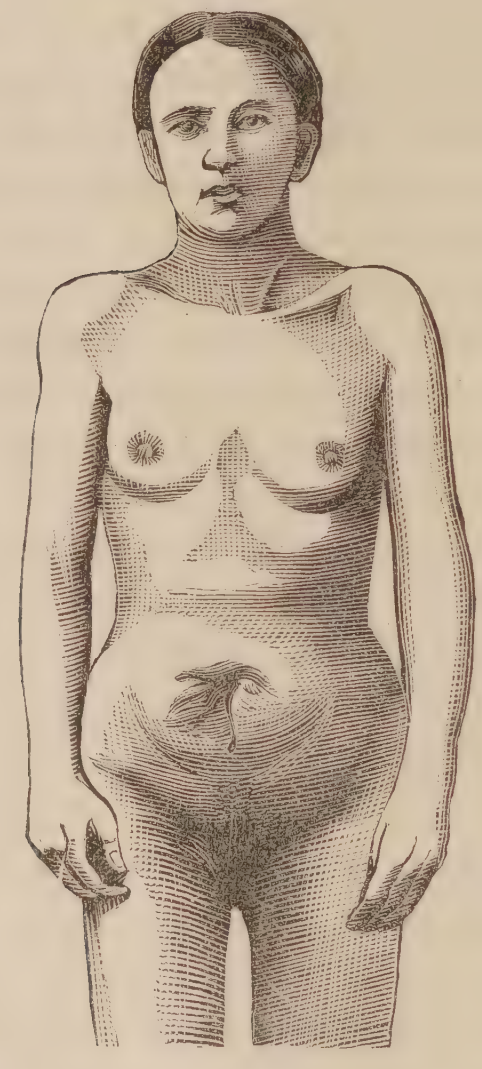
fettamente inutili, perchè non passano nemmeno nell' interno della cisti, restano sole le risorse della Chirurgia, opportunamente applicata a norma delle circostanze e del caso.

La puntura semplice o seguìta da injezione di sostanze particolari a scopo vermicida o detersivo; l'apertura della cisti praticata col bisturì o col processo del Recamier, che consiste nell'applicare ripetutamente potassa caustica o pasta di Vienna sul punto più sporgente e meglio accessibile della cisti, nello scopo di provocare un processo d' infiammazione adesiva della parete cistica con gli organi che deve attraversare per aprirsi all'esterno, e di ottenere l'apertura all'esterno con la caduta delle escare prodotte dal caustico; l' esportazione della cisti o dell'organo stesso sopra cui la cisti ha preso sede, potranno trovare la loro indicazione precisa ed esclusiva nei varii casi; ma ciascuno di questi mezzi non potrà mai indifferentemente e impunemente sostituirsi all'altro. Mentre la puntura può valere come mezzo radicale nella cisti semplice, l'azione sua sarà moltissimo incerta nell'echinococco endogeno, ed insufficiente, se non inutile o dannosa, nell'echinococco exogeno; specie questa, nella quale il numero delle cisti più o meno indipendenti fra loro è sempre considerevole.

Nel caso da me operato fu creduto conveniente di praticare la laparotomia e la escisione parziale della cisti, seguìta dalla sutura dei margini del segmento lasciato coi margini della ferita addominale. I risultati favorevoli delle operazioni nel campo addominale, i quali si ottengono con tanta frequenza nella Clinica Ostetrico-Ginecologica Fiorentina, hanno spinto in questa via, ed hanno avuto una conferma in più nel nuovo fatto clinico.

Vi presento una fotografia della operata, fatta qualche mese dopo l' atto operativo: la cicatrice addominale è solida e ben evidente, stirata a sinistra, un poco all'indentro e in alto: il rientramento e lo stiramento a sinistra e in alto è molto pronunziato alla parte supe-

riore di essa, e dà luogo ad un infundibolo, nel fondo del quale persiste un piccolo foro, permeabile ad uno stiletto, che si addentra in un lungo seno fistoloso, resi-



duo della cavità cistica, diretto a sinistra verso la regione splenica. Questa disposizione della cicatrice addominale si mantiene lungo tempo con differenza di grado; il tramite fistoloso è profondo e stretto e dà esito a piccola quantità di sostanza purulenta, molto sciolta (1).

(1) Rivedo la donna alla fine del 1887: a quest'epoca il tramite è interamente scomparso.

La stessa disposizione della cicatrice addominale si notò nella Domenica Paoletti, che l'anno scorso, nella seconda adunanza della Società in Roma, mi fu di argomento alla comunicazione dal titolo « Contributo alla tecnica operativa nei cistomi intralegamentosi dell'ovaio. » In quel caso di ovariotomia per cistoma ovarico colloideo intralegamentoso, praticavo la escisione della parte extralegamentosa della cisti; la sutura e la fissazione del segmento inferiore al margine della ferita addominale (metodo Schroeder) formando una piega della parete cistica esuberante all'angolo superiore della ferita; e la segmentazione di una massa solida esistente nel margine sinistro, in tre peduncoli stretti col serranodi del Cintrat. Anche quella mia operata guariva perfettamente: in essa la cicatrice addominale risultava alquanto infossata e stirata leggermente in basso e a sinistra da un cordone di tessuto resistente, che partiva con base larga dal piccolo bacino. — Questo potete vedere dalla figura che presento nuovamente.

Dieci mesi dopo l'atto operativo, il 23 Febbraio 1886, la vecchia Paoletti (75 anni) ricoverata da poco tempo

nel Manicomio di Firenze con demenza senile, vi moriva per cistite e nefrite suppurata.

Riporto ciò che ho detto e scritto nella detta comunicazione (v. An. Ost. anno 1886) a questo riguardo, e che ho desunto dal tavolo anatomico:

« La cicatrice addominale presenta esternamente i caratteri suddescritti; internamente aderisce all'omento in alto e si continua in basso ed a sinistra col grosso peduncolo, duro, a forma di due tronchi di cono uniti per la parte ristretta, e di cui una base aderisce alla parete addominale, e l'altra, meno regolare e più espansa, alla fossa iliaca interna di sinistra, e al cellulare del parametrio ecc. ecc. »

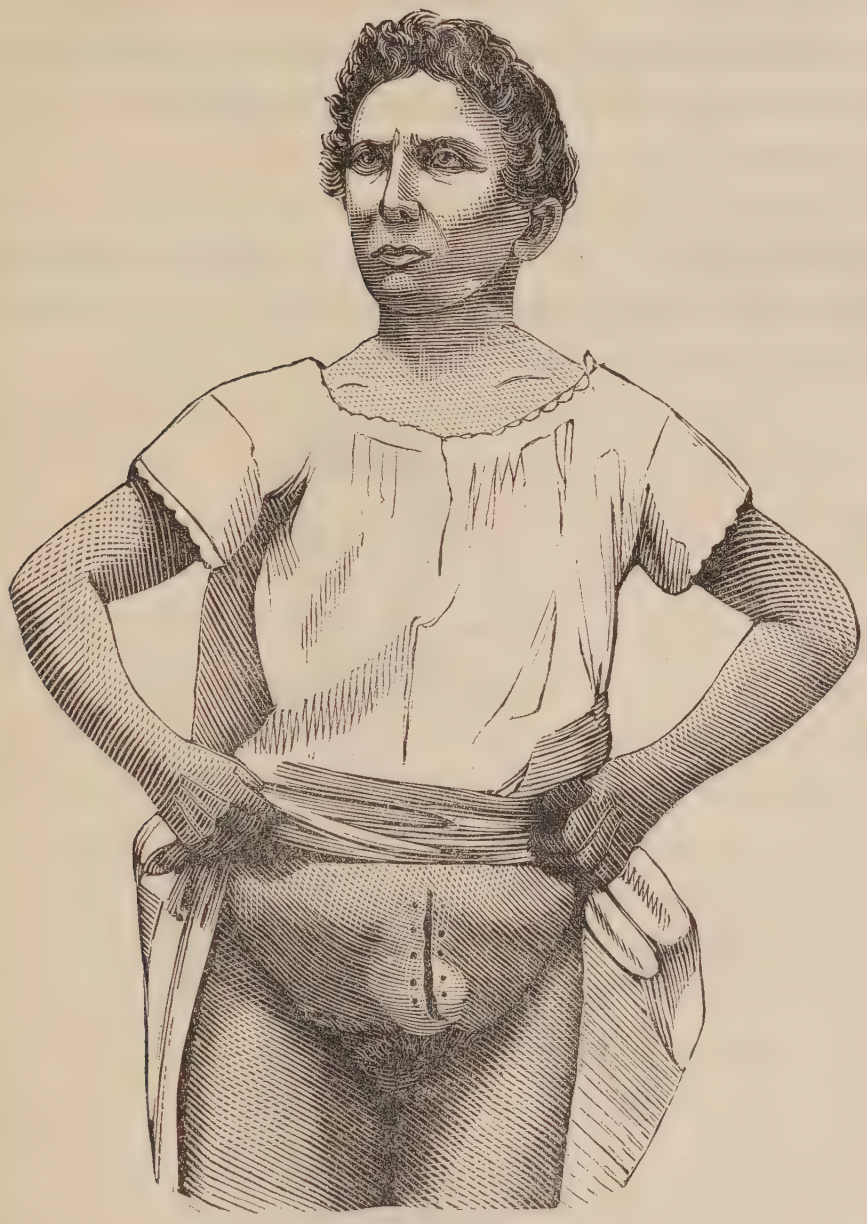
Una disposizione differente risultò nella cicatrice addominale di altre donne, che ebbi occasione di operare di laparotomia nell'Istituto di Firenze, come risulta dalla storia loro, che quì riassumo:

1°. Baccioni Violante. — Fibroma interstiziale e sottomucoso della parete anteriore del corpo uterino, con endometrite fungosa cronica: menorragie fortissime e metrorragie ripetute: anemia spinta ed esordiente idroemia.

Castrazione praticata l'otto Maggio 1884. Operatore lo scrivente.

Alla regione ipogastrica, in corrispondenza del terzo inferiore della cicatrice addominale, si fa evidente, già pochi giorni dopo l'atto operativo, una ernia prominente in avanti e in basso, attraverso un orificio circolare e grande.

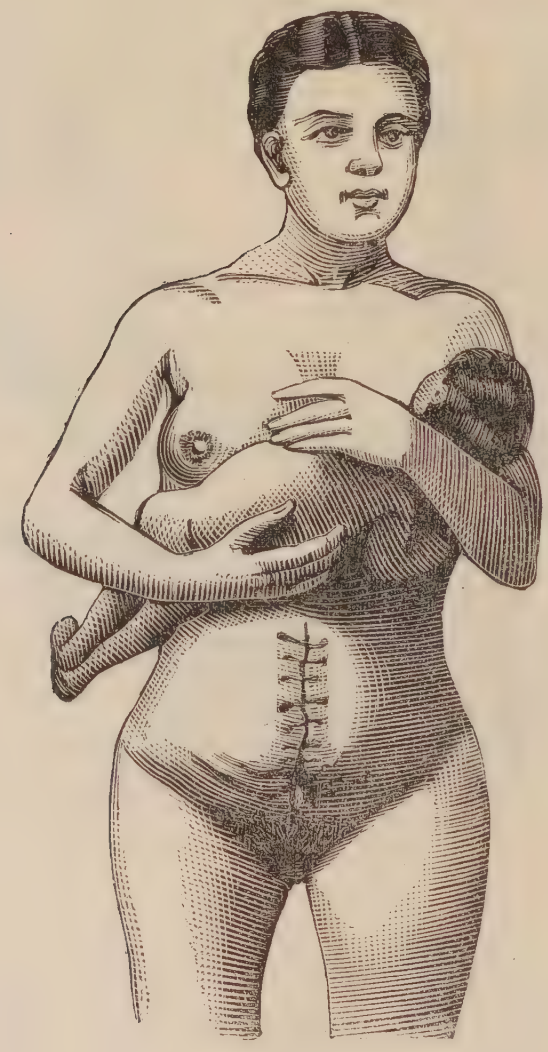
La figura che vi presento mostra in modo evidentissimo tale fatto, e mi dispensa di spendervi attorno altre parole. — (V. in esteso la storia narrata dal Professore



Chiara nella comunicazione dal titolo « La menopausa artificiale o chirurgica come cura di fibromiomi dell' utero e dei disturbi che si associano a codesti tumori. — Annali di Ost. ecc. 1885, pag. 513. —) »

2°. Annunziata Morandi. — Operazione cesarea col metodo Sänger. — 19 Aprile 1886. Inerzia ed emorragia interna grave consecutiva alla sutura profonda e superficiale (siero-sierosa). — Amputazione dell'utero (metodo Porro). — Bambino salvo. — Madre guarita. — Operatore lo scrivente. (V. comunicazione all' « Accademia medico-fisica Fiorentina nella seduta del 2 Maggio 1886 e pubblicata nella « Gazzetta delle Cliniche, » Torino — 1° semestre 1886 —).

Come appare dalla figura riprodotta dell'operata circa due mesi dopo l'atto operativo, la cicatrice addo-



minale si fece netta e regolare, e, nella parte inferiore

leggermente rientrante. Ho riveduto la operata sei mesi dopo, e allora, nella regione prima rientrante, ho notato una disposizione inversa. Un'ernia a orificio circolare del diametro di circa 2 ctm. e mezzo vi prendeva posto, e faceva evidente sporgenza in avanti.

3°. *Fibroma del fondo uterino e metrite nodosa. Ovarosalpingiectomia.*

Il 5 Ottobre 1886 fu ricoverata in questa Clinica Ginecologica Martellini Giuditta, di anni 45, maritata, attendente a casa. Fu mestruata la prima volta a 17 anni: regolari le mestruazioni successive. Ebbe 9 gravidanze, delle quali 6 terminarono con parto normale a termine; le altre con aborto a tre mesi. L'ultimo parto avvenne il 19 Aprile del 1880, e fu normale. Non si può dire altrettanto del puerperio, che, a quanto narra la paziente, fu morboso per parametrite, che la obbligò a letto tre mesi. Dopo altri tre mesi ricomparvero le mestruazioni, il cui andamento fu normale fino a pochi mesi or sono. La donna fa risalire l'esordio della malattia, che ora l'affligge, all'ultimo parto, dopo il quale racconta di non essere mai stata bene. Le restarono dolori nella regione lombare e nella regione epigastrica; dolori uterini che si risvegliavano tratto, tratto, e le recavano assai molestia. Da quattro mesi, prima di entrare in questa Clinica, i dolori si ripetevano più spesso ed andavano gradatamente aumentando nella intensità. Frattanto le mestruazioni si fecero abbondantissime e si prolungarono oltre il consueto. Non potendo in casa propria avere le cure necessarie, riparò in questo Ospizio, come abbiamo detto, il giorno 5 Ottobre.

Il giorno seguente, alla prima visita, si trovò: genitali esterni normali, di pluripara; normale la vagina; il corpo uterino in antiversione, il collo grosso e duro, e presentante dei noduli più o meno rilevati. Nella parete

posteriore del corpo uterino si avverte un fibroma, grosso quanto un ovo di gallina.

All'esame collo speculum si vede il collo congesto, con qualche punto d'erosione sul labbro anteriore.

La lunghezza del canale cervico-uterino è di 88 mm.

Seduta stante si pratica l'ignipuntura del collo, e in seguito si prescrivono doccie calde quotidiane. Il 15 Ottobre fu fatta un' iniezione intrauterina con percloruro di ferro, per sopraggiunta emorragia; il 25 furono toccate le erosioni del labbro anteriore col nitrato d'argento; il giorno 3 Novembre fu praticata una seconda iniezione intrauterina per una nuova emorragia, e questa volta con tintura di iodio. Il 20 del medesimo mese ad una nuova visita si vide, fuori appena dall'orifizio esterno, un piccolo polipo, che si asportò mediante torsione con le pinze da medicatura.

Visto che dalle medicature antecedenti non si era ottenuto nessun buon effetto, il Professore consigliava all'ammalata la castrazione, che venne praticata dallo scrivente il 1° Gennaio, nell'anfiteatro previamente disinfettato, e opportunamente preparato.

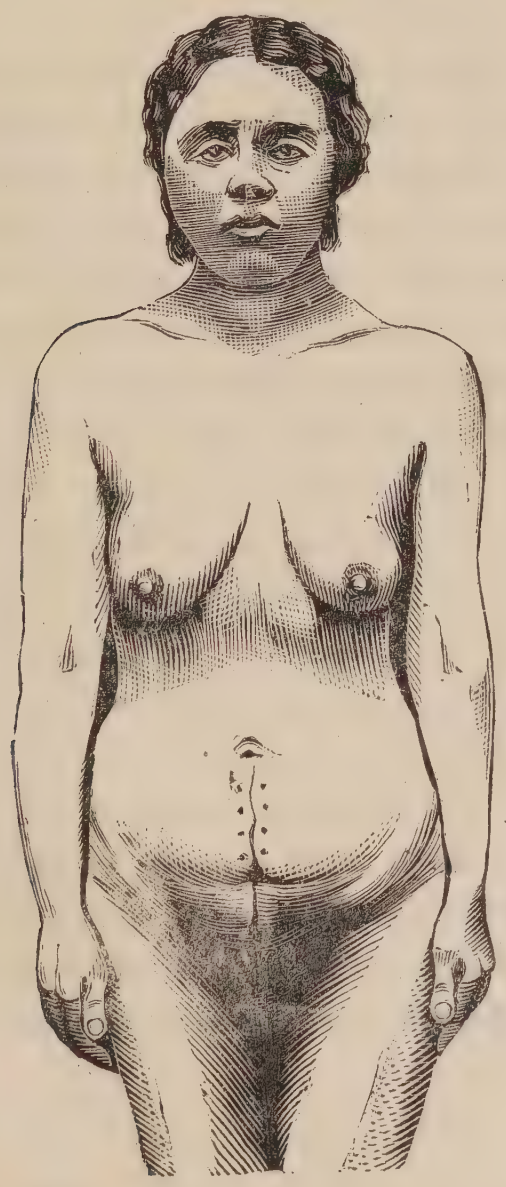
Cloronarcosi un po' difficile: occorrono 20 minuti circa per conseguirla completa. Il taglio delle pareti addominali fu fatto sulla linea mediana, a strato a strato, e della lunghezza di 7 a 8 ctm. Prima di andare alla ricerca delle ovaie si applicarono due punti di sutura agli angoli della ferita, onde impedire il distacco del peritoneo. In questo momento si ha un po' di sosta nell'atto operativo, per essere sopraggiunto vomito. Cessato questo, ed incaricato uno degli assistenti di spingere l' utero in alto, il più possibile, con due dita in vagina, l'operatore cerca di rintracciare le ovaie e portarle all'esterno insieme alle trombe. Ciò si ottiene senza difficoltà. Ambedue i peduncoli sono segmentati e stretti con filo di seta di Firenze, escisi col coltello incandescente, e quindi affondati. Fatta

la toelette del peritoneo, si applicano 8 punti di sutura addominale. La donna si sveglia dal sonno cloroformico pochi momenti dopo l'atto operativo; è in buone condizioni. L'ovaio sinistro è preso da degenerazione cistica multiloculare; la sacca più grande è piena di sangue degenerato, nerastro, sciolto. Nelle altre piccole cisti si trova semplicemente siero.

L' ovaio destro apparisce sano e pesa grammi 8.

La donna guarisce rapidamente, e lascia la Clinica il dì 13 Febbraio, essendo in ottime condizioni.

Due mesi e mezzo dopo l' atto operativo la cicatrice addominale si mostra regolare; la estremità inferiore, in vicinanza del margine superiore del pube, è spinta in avanti, come si scorge da questa figura, per l' esistenza



di un' ernia formatasi in corrispondenza della cicatrice, attraverso l' interstizio dei muscoli retti. L' orificio erniario è circolare, del diametro di circa tre centimetri.

4°. *Fibroma del corpo uterino. Ovarosalpingiectomia.*

Cortecci Maria, di anni 37, vedova, domestica, fu ricoverata nella Clinica Ginecologica il dì 4 Gennaio 1887.

Mestruata la prima volta a 17 anni: la mestruazione, normale fino dal principio, si mantenne sempre tale nella quantità, nella durata e nel periodo di ritorno.

Due gravidanze, che terminarono con parti normali a termine. L' ultimo di questi avvenne quattro anni or sono, e, come abbiamo detto, fu fisiologico.

A 18 anni ebbe il tifo, a 20 il vaiuolo, in seguito leggiere bronchiti catarrali.

A sei mesi la malata fa risalire l' esordio della presente malattia. In quel tempo avvertì forti dolori nella regione lombo-sacrale, dolori all' ipogastrio e un senso di peso al perineo. Questi dolori subivano esacerbazioni alle epoche catameniali; contemporaneamente le mestruazioni si fecero più abbondanti, poi comparvero due volte al mese, e in seguito lo scolo sanguigno si fece quasi continuo. Nei rari intervalli fra una metrorragia e l'altra, la paziente perdeva dai genitali muco in abbondanza. Resa estremamente debole, venne in questo Ospedale di Maternità, nel Novembre, dove si trattenne soli sette giorni, durante i quali le furono fatte due iniezioni intrauterine di tintura d' iodo, e, la sera stessa del suo ingresso, uno zaffo vaginale.

Abbandonata questa Clinica senza ragionevole causa, e senza miglioramento, agli ultimi di Novembre, fu costretta a ripararvi nuovamente ai primi del Gennaio, per essere aumentate le perdite sanguigne, ed essersi fatte più frequenti. In seguito a tali perdite vennero in scena ver-

tigini, cardiopalmo, estrema debolezza, dolori forti di testa, insonnia.

Il giorno dopo la sua seconda entrata nell' Istituto fu soggetta ad una visita, dalla quale risultò che i genitali esterni erano normali, di pluripara: la vagina liscia; dall' orificio vulvo-vaginale colava molto liquido muco-purulento. Con lo speculum si notavano granulazioni sul labbro anteriore e sul labbro posteriore del collo. Il canale cervico-uterino misurava 7 ctm. Nel compiere questa misurazione si avvertì che il bottone della sonda urtava contro la parete posteriore di detto canale.

Si fa diagnosi di fibroma del corpo uterino.

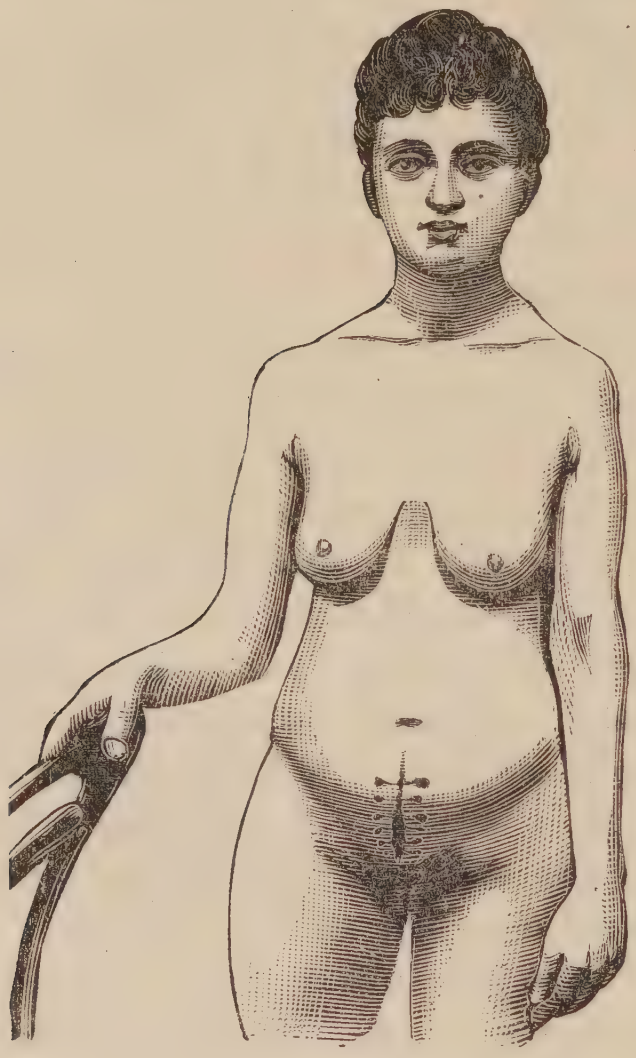
In seguito alla nessuna efficacia della cura fatta, il Professore consigliava alla donna la castrazione, che veniva accettata. La operazione fu eseguita dallo scrivente nelle ore pomeridiane del dì 20 Gennaio 1887, nell' anfiteatro di questo Istituto.

La cloronarcosi non potè essere spinta troppo oltre per ragioni inerenti alla donna, e, tratto, tratto, si dovette interrompere l' atto operativo per il sopraggiungere di conati di vomito. Fu fatta come al solito l' incisione delle pareti addominali lungo il rafe mediano; furono posti punti di sutura agli angoli della ferita; durante la manovra per la ricerca delle ovaia, la massa intestinale tendeva a fuoruscire, e fu contenuta per mezzo di compresse di garza iodoformizzata. Non fu difficile trovare e portare al di fuori le ovaia e le trombe. I peduncoli furono segmentati e stretti con seta di Firenze, quindi affondati, dopo cauterizzatane la superficie col Paquelin.

L' ovaio destro pesava 9 grammi; il sinistro 6. Prima di chiudere la ferita si cercarono le compresse iodoformizzate, introdotte in cavità. Una di queste fu afferrata facilmente ed estratta; l' altra invece, che era stata cacciata molto in alto, ed era sfuggita al di dietro dell' omento, abbisognò di non poca accuratezza per esser

portata al di fuori. Terminata anche questa pratica, con otto punti di sutura fu chiusa la cavità addominale. La donna non presentò particolari notevoli in seguito all'atto operativo, ed usciva da questa clinica, perfettamente guarita, il dì 13 di Febbraio.

Come si scorge dalla figura che riproduce la fotografia rilevata il 30 Marzo, la cicatrice addominale è molto regolare. Essa è lunga 8 ctm.: l'estremità inferiore dista



6 ctm. dal margine superiore del pube. Nessuna traccia di ernia in nessun punto della cicatrice.

5°. *Cistoma proliferante dell' ovaio destro. Degenerazione esordiente cistica dell'ovaio sinistro. Forte congestione del peritoneo e Ovariotomia.*

Migliorini Clementina, di 35 anni, maritata, entrò nella Clinica Ginecologica il dì 9 Febbraio 1887.

Ebbe la prima mestruazione a 14 anni, e fu normale, come le seguenti, che si mantennero tali per durata, quantità, e periodo di ritorno. Fu gravida 9 volte, e sempre partorì a termine fisiologicamente: l' ultimo di questi parti si effettuò il 27 Settembre 1887. In seguito ad una otite catarrale, sofferta alla età di 4 anni, rimase sorda.

La donna fa rimontare al terzo mese circa dell'ultima gravidanza il principio della malattia che l'affligge attualmente. A quell'epoca, durante una notte, fu presa da forti dolori puntorii nel quadrante inferiore di destra: questi dolori continuarono a ripetersi ogni notte per tre mesi circa, cioè fino al principio del 7° mese di gravidanza. Dal 7° mese in poi questi dolori non ricomparvero più. Avvenuto il parto, la donna stessa avvertì che il suo ventre, malgrado che l' utero si fosse vuotato, si manteneva tumido. Ricorse al medico del suo paese; vedendo poi che, non ostante la cura da lui intrapresa, il ventre aumentava di volume, si decise a venire in clinica. Quivi al primo esame venne fatta diagnosi di probabile cistoma ovarico con ascite. Praticata una puntura esploratrice ed evacuatrice, al disotto della cicatrice ombelicale, sulla linea mediana, furono tolti due litri circa di liquido un po' sporco, ma fluidissimo. Alla sera, nel luogo della puntura, si manifestarono dolori, che cessarono coll' applicazione del freddo. La donna fu informata esattamente della natura della sua malattia e dell' unico rimedio atto a guarirla; ma, spaventata dall' idea di un atto operativo, ed essendo diminuite un po' le sofferenze dopo la parziale evacuazione del liquido, essa abbandonò volontariamente la clinica, per ri-

tornare al suo paese. Giunta là, domandò nuovamente la cura del medico, che propose cataplasmi e pennellature con tintura alcoolica d' iodo sul ventre, e una cura tonico-ricostituente.

Dopo un mese e mezzo circa, il ventre era tornato come prima della puntura, e cominciava a comparire un poco di affanno, specialmente alla notte. Le estremità alquanto edematose; capogiri, lipotimie, dolori alla regione addominale.

Spinta dalle sofferenze, più che dal consiglio del pratico, tornò una seconda volta in questa Maternità, il 9 Febbraio.

Il giorno dopo il suo ingresso, alla ispezione si trovò il ventre tumefatto a forma di botte, portante numerosissime smagliature di data recente. Colla palpazione si avvertì distintissima la fluttuazione e la presenza di una massa solida del volume di un grosso melone, mobile, nel cavo peritoneale. Alla percussione, ottusità in tutto l' ambito dell' addome. I genitali esterni normalmente conformati; la vagina liscia, raccorciata; l' utero grosso, in asse, poco mobile. Attraverso ai fornici si avverte la fluttuazione. All'esame collo speculum, niente di speciale.

Il 12 Febbraio veniva fatta una puntura esploratrice sulla linea medio-addominale, al disotto della cicatrice ombelicale, e, piantato profondamente l'ago, si ottennero 60 grm. circa di liquido colloideo. Ritirato alquanto l' ago, fuoruscirono circa 8 litri e mezzo di liquido ascitico. Dieci giorni dopo il ventre aveva riacquistato il volume di prima, e alla misurazione si trovò:

Distanza xifo-pubica	ctm.	47
» pubio ombelicale	»	24
Circonferenza addom. al bellico	»	108
» sotto ombelicale	»	105
Distanza dal bellico alla S. I. A. S. D.	»	31
» » » S.	»	30
Diametro longitudinale del tumore	»	25
» trasversale	»	29

Proposta ed accettata l'operazione, fu eseguita dallo scrivente il 23 Febbraio 1887, nelle ore antimeridiane.

La cloronarcosi si ottiene completa in pochi istanti: l'incisione delle pareti addominali è fatta nella linea mediana: appena inciso il peritoneo, esce grande copia di liquido ascitico. Messo allo scoperto il cistoma, è punto con un grosso trequarti, e vuotato parzialmente; quindi, introdotta una mano nel cavo cistico, si rompono le altre loggie. Le pareti del cistoma, estremamente sottili, nella manovra si lacerano in qualche punto, e il liquido colloideo si versa nell'addome.

Nel tentativo di portare il cistoma all'esterno, si nota avere questo contratto adesione coll'omento. Quest'ultimo fu segmentato, stretto con filo di seta, ed esciso.

Il peduncolo del cistoma è lungo, sottile, membranoso. Fu segmentato, stretto con laccio, e affondato, dopo cauterizzatane la superficie col Paquelin.

Anche l'ovaio di sinistra, in preda a degenerazione cistica, è asportato. Infine generosa lavatura del peritoneo, e chiusura della ferita addominale, collocando all'angolo inferiore della ferita un tubo a drenaggio, che fu tolto tre giorni dopo.

La completa guarigione della donna si ottenne in breve spazio di tempo, in 15 giorni appena.

Il cistoma pesava 2800 grm.; l'ovaio sinistro pesava grm. 4, dopo lo svuotamento di una cavità cistica, grossa quanto una noce.

La cicatrice addominale resultò regolare: l'estremità inferiore dista quattro centimetri e mezzo dal margine superiore del pube. Agli ultimi di Marzo non appare nessuna traccia di ernia in rapporto colla cicatrice.

6°. *Fibromi dell' utero. Isterectomia sopravaginale.*

Giustina Raffaelli, di 49 anni, nubile, attendente a casa, entra nella clinica ginecologica il 25 Aprile 1887.

Non ha sofferto malattie di carattere nell' infanzia: ebbe la prima mestruazione a 15 anni, e dopo lungo intervallo susseguivano regolari le altre mestruazioni, fino a circa 20 anni fa, epoca in cui la paziente racconta di avere avuto una menorragia molto grave, che durò circa dieci giorni, e fu accompagnata da forti dolori al basso ventre. Pure a quell' epoca essa avvertì una tumefazione alla regione iliaca sinistra, dura, indolente alla pressione; tale tumefazione crebbe poi lentamente, ma continuamente fino a 6 anni fa, in cui parve diminuita in seguito a grave metrorragia, per tornare poi ed in breve tempo a riprendere il volume di prima, volume che presenta tuttora.

Ultimamente comparivano edemi alle estremità inferiori, e dilatazioni varicose; dolori alla regione addominale, specie all' ipogastrio; disturbi nella minzione e nella defecazione. Le mestruazioni si facevano più abbondanti, poi irregolari per durata, con pochi giorni di intervallo, nei quali si mostrava abbondante perdita leucorroica; per questo la paziente, notevolmente emaciata ed esaurita, ricorreva alla Maternità in cerca di sollievo alle sue sofferenze.

All' esame, praticato il giorno dopo l' entrata, si trova il ventre grandemente arcuato e sporgente in avanti e a sinistra, con numerose smagliature; cicatrice ombelicale appianata; un tumore tondeggiante, a superficie regolare, di consistenza pastosa, con apparenza di oscura fluttuazione in qualche punto, occupa gran parte della cavità addominale. Ottusità in tutto l' ambito addominale, meno nella parte alta della regione epigastrica, e degli ipocondri, e nella parte più bassa dei fianchi.

Colla misurazione addominale si ha:

Circonferenza addominale al bellico	ctm.	98
» sottombelicale	»	98
Semicirconf. longitud. del tumore	»	36
» trasv. »	»	39
Distanza xifo-pubica	»	46
» pubio-ombelicale	»	21
» dalla S. I. A. S. D. al bellico	»	27
» » S. »	»	28
Diametro longit. del tumore	»	25
» trasv. »	»	29

I genitali esterni sono normali, di nullipara; il riscontro vaginale riesce doloroso e incompleto per ristrettezza dell'ostio vulvo-vaginale: nulla di notevole nel resto dell'organismo.

La paziente veniva sottoposta ad una cura ricostituente fin dal primo giorno di entrata, e, in due regioni che davano l'impressione di oscura fluttuazione, venivano successivamente praticate due punture esploratrici, entrambe riuscite negative. Il professore Chiara emetteva quindi la diagnosi di fibroma uterino, e consigliava alla paziente la cura radicale, che era accettata. L'atto operativo veniva eseguito dallo scrivente, coadiuvato dai due medici assistenti della clinica, il 7 Maggio 1887, alla presenza di molti colleghi e di 12 studenti del sesto anno.

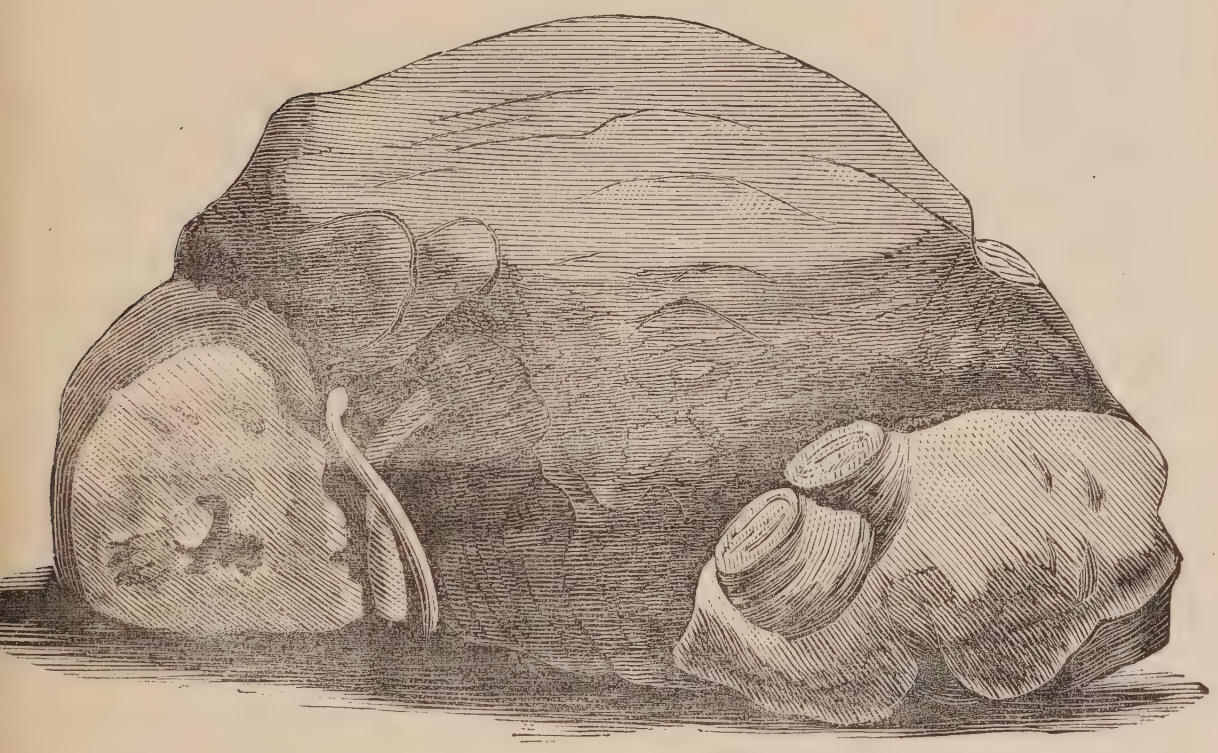
La cloronarcosi torna un po' difficile per intolleranza della malata, che è profondamente anemica: l'incisione della parete addominale è fatta sulla linea mediana, e cade fra i muscoli retti, che restano illesi. Limitata dapprima alla regione sotto-ombelicale, viene in seguito prolungata al di sopra del bellico, per circa sei centimetri: il limite inferiore dista di quattro ctm. e mezzo dal margine superiore del pube. Attraverso l'incisione addominale si mostra il tumore di superficie liscia, di colore bianco-roseo. Si applica un nodo agli angoli della ferita. Introdotta la mano fra il tumore e la parete addominale, si rompono

le numerose aderenze che si trovano fra il tumore stesso e il peritoneo, producendo stillicidio sanguigno di poco momento. Vengono passate sei anse di filo attraverso i margini della ferita addominale, presso l' angolo superiore, anse che sono provvisoriamente sollevate in alto, fuori del campo della ferita stessa: quindi, uncinato il tumore con robuste pinze e con un grosso uncino a due denti, si cerca di estrarlo con forti trazioni, che tornano inutili stante l' enorme volume di esso tumore. Per cui si segmenta, e se ne levano tre grossi cunei: questo ne rende possibile la estrazione mediante un moto di rotazione intorno al suo asse longitudinale. Applicato provvisoriamente un laccio elastico alla base del tumore, si escide la grossa mole sovrastante: poscia coll'ago del Deroubais si passa un doppio laccio elastico attraverso il peduncolo, che viene stretto in due nodi incrociati al modo solito. Si toglie il laccio provvisorio e si regolarizza la superficie del peduncolo; al di sotto dei due nodi si trafigge il peduncolo medesimo con un grosso ago da materassaio, che deve fissarlo ed assicurarlo all'angolo inferiore della ferita. Infine, toilette peritoneale, otto punti di sutura addominale, (oltre i sei già applicati superiormente) di cui i due rasenti il peduncolo, ne comprendono il peritoneo: formazione dei nodi, qualche punto superficiale e medicatura come di abitudine.

L'atto operativo durava un'ora e 10 minuti, compresa la cloroformizzazione: la donna si svegliava tosto dal sonno cloroformico in buone condizioni.

La guarigione si ottiene in modo rapido e regolare, e soltanto in decima, undecima e dodicesima giornata dopo l'operazione si ha temperatura superiore alla norma, con un massimo di 39,2 una sera. In nona giornata vengono tolti alcuni punti di sutura; nella quattordicesima giornata i restanti punti vengono tolti, e l'ago che trafigge il peduncolo: nella ventesima si leva il laccio elastico e molta parte del peduncolo mortificato. Con successive irriga-

zioni, raschiamenti superficiali, e piccole incisioni, si ripulisce l'infundibolo risultato dalla caduta del peduncolo; il 26 Giugno la donna lascia la Clinica in stato di completa guarigione. Nessuna traccia di ernia lungo la cicatrice addominale, che risulta lunga 12 ctm., il cui limite inferiore dista di 4 ctm. dal margine superiore della sinfisi pubica. Le stesse condizioni si notano il 27 Agosto, tre mesi e 20 giorni dopo l'operazione. Il tumore esportato pesa grm. 8250, ed è formato da fibromi interstiziali del corpo uterino: come si vede dalla figura che lo



(Parte bassa) (Parte alta)

riproduce con dimensioni di un terzo del vero, a sinistra e in alto si ha una massa composta di fibromi multipli di varia grossezza, sovrapposta alla parte più grossa e regolare del tumore, della grossezza di una testa di feto a termine; pure a sinistra, e in basso si vede l'ovaio e la tromba allungata ed ipertrofica: al di sotto di queste, la superficie di sezione, che in un punto presenta

l'apertura della cavità uterina. L'ovaio e la tromba di destra, normali, furono esportati insieme ad una porzione di tumore, nel regolarizzare il peduncolo.

In complesso il tumore ha forma di cornamusa, di cui la parte convessa corrispondeva al lato destro e anteriore del ventre, mentre la parte concava guardava posteriormente, attraversando in direzione obliqua la colonna lombo-sacrale.

(Continua).

CASISTICA OSTETRICA

Emorragia gravissima per placenta previa: minaccia di morte per sincope ex vacuo: governo speciale nell' assistenza a questo parto.

La mattina del 26 Agosto ultimo scorso i parenti ed un sacerdote accompagnavano alla clinica ostetrica di Firenze, Lepri Giovanna, di anni 37, e all'atto della consegna credevano di depositare una agonizzante molto prossima a spirare. Il medico di guardia, constatata la minaccia di sincope per gravissima metrorragia avvenuta, intanto che praticava l'esame digito-vaginale, fece iniettare ipodermicamente tre grammi di etere solforico, e riscaldare con mezzi adattati la superficie del corpo della malata. In quel momento la perdita del sangue era limitata, e per questo la cura d' urgenza fu diretta ad allontanare la minaccia di sincope. Intanto dai parenti si potevano raccogliere queste notizie. La vita, che la Lepri conduceva, era poco faticosa, ma il vitto di cattiva qualità, sebbene non scarso. Ripetutamente era andata soggetta a bronchiti, accompagnate da elevazione termica; sempre aveva avuto leucorrea abbondantissima e di cattivo odore. A 18 anni mestruò per la prima volta, e quindi le mestruazioni furono regolari per periodo di ritorno, durata (4-5 giorni), qualità del sangue, ma in quantità scarsissima, da macchiare in tutto 3 o 4 panni. Precedentemente aveva avuto 10 gravidanze; le prime nove, nor-

mali, furono seguite da parti normali, la decima, senza causa apprezzabile, s'interruppe spontaneamente al terzo mese, dando luogo a gravissima perdita di sangue. I puerperii furono tutti fisiologici. Essa fece sette allattamenti, e soltanto per 6 mesi ciascuno in media, dovendo sempre interrompere tale funzione per nuova incominciata gravidanza.

L'ultima mestruazione l'aveva avuta il 18 Dicembre 1887, e quindi il parto sarebbe dovuto avvenire il 24 Settembre, cioè la gravidanza aveva toccato il fine dell'ottavo mese. E l'esame ostetrico concordava con tali dati. Di più si seppe che la donna aveva avuto una grave metrorragia nel corso del sesto mese; altra pure grave nel 21 Agosto, cinque giorni avanti, cioè, dell'entrata in clinica, e quindi la mattina del 26 una gravissima, quella per cui la portarono all'ospedale.

La donna era di color cereo, fredda, in deliquio, polsi quasi mancanti alle radiali. Al riscontro si trovò la vagina piena di grumi sanguigni, e, remossili, si constatò scomparso il collo e l'orifizio dilatato a 6 ctm. Attraverso si sentivano i cotiledoni della placenta, che con la sua presenza inspessiva il segmento inferiore dell'utero.

Introdotta la mano destra in vagina e due diti entro l'utero si distacca completamente la placenta, che si constatò quasi centrale; quasi, perchè la massima parte era a destra. Si perforarono le membrane attraverso la massa placentare. La placenta si distaccò del tutto perchè l'ascoltazione del cuore fetale era stata negativa, e tutto faceva credere il feto morto.

La dilatazione dell'orifizio uterino si poteva prestare anche ad un rivolgimento, e pur troppo forse se tal caso fosse occorso fuori di una clinica, non sarebbe stato impossibile che qualche medico avesse sottoposto tosto quella donna ad un atto operativo, e certamente sarebbe sopravvenuta la morte, non essendo la donna in condizioni di

tollerare la scossa inerente allo svuotamento dell'utero. Distaccata la placenta iniettammo ipodermicamente altri 3 grammi d'etere solforico, e praticammo l'auto-trasfusione con applicare fasciature ben strette agli arti addominali e toracici. Dopo mezz'ora le condizioni del circolo erano assai migliorate, e la donna tornò a pronunziare qualche parola. Non perse più sangue sino alle ore 5,30 pom. A quest'ora ricominciò lo stillicidio sanguigno ed i polsi andavano scomparendo alle radiali. Si giudicò prudente l'intervento, e si estrasse tosto metà della placenta; quindi col craniotomo del Blot si perforò il cranio del feto e si fece fuoriuscire la massa cerebrale. Ben s'intende che la donna non si spostò dal suo letto, e solo si rialzò il bacino sottoponendovi un guanciale. Mentre chè l'operatore eseguiva tali manovre, un assistente regolandosi sulle pulsazioni iniettò 2 grammi d'etere solforico. Quindi, continuando il sangue, fu applicato un tiratesta, ma per la poca resistenza dell'ossa e per la molta dell'orifizio uterino dilatato 6-7 ctm. fallì al suo scopo. Si applicò allora il cranioclaste del Bráun, che fece presa all'arcata orbitaria destra, e con questo si estrasse lentissimamente la testa. Si aspettò quindi circa 15 minuti, nel qual tempo si praticarono altre 3 iniezioni ipodermiche di un grammo ciascuna d'etere. Essendo discrete le condizioni del circolo con molta lentezza si estrasse il tronco e la rimanente placenta. Mentre che l'operatore estraeva il tronco, l'assistente con le mani praticava forte pressione sul ventre, pressione che finito l'atto operatorio, fu quindi ottenuta applicando due coltroncini di piombo del peso di circa 2500 grammi sull'addome. Appena vuotato l'utero vi fu un po' di deliquio ma tosto scomparve. Si fece una lavanda intrauterina caldissima, si amministrò un grammo e mezzo di segale e per un'ora si fece il massaggio uterino sebbene la donna non perdesse più una goccia di sangue. Per tre ore il pericolo non si dissipò affatto, ma insistendo con

vino, etere, tintura di muschio le condizioni alla fine andarono migliorando, e dopo 5 ore si potè fare un prognostico favorevole. Infatti dopo 10 giorni la Lepri potè lasciare la clinica.

È stato scritto che quando un individuo muore per emorragia acuta ha in sè ancor tanto sangue che potrebbe bastare a mantenerne la vita; ma muore per sincope ex vacuo, per choc. La condotta da noi seguita s'inspirò a questo principio, che pur troppo ci è, in pratica, occorso di vedere trascurato; il che ci ha fatto ritenere non disutile riferire questo caso clinico.

D. A. M.

Operazione Cesarea

Nell'Ottobre u. s. si presentava alla clinica ostetrica di Firenze Eleonora B. di anni 23, nubile, primigestante. La rachitide ha deformato moltissimo quello scheletro; l'altezza della donna è di centimetri 128; la pelvi, totalmente e irregolarmente ristretta, non misura nella C. V. più di 45 mm. La gravidanza essendo solo nel 6° mese, si consigliò la donna a tornare alla metà del Gennaio 1888, calcolandosi il termine della gestazione alla fine di questo mese.

Ma la mattina del dì 5 Gennaio alle ore 11, la B. fu portata alla Clinica essendo già in travaglio: anzi sin dalla sera antecedente spontaneamente si era rotto il sacco amniotico e ne era scolato abbondante liquido; all'ammissione si trovò la bocca uterina con dilatazione nel senso trasversale di 7 centimetri. Il battito cardiaco fetale soffiante facevaci accorti di sofferenze del feto.

Furono tosto date le disposizioni per praticare l'operazione cesarea. In due ore tutto fu pronto, sala opera-

toria, strumenti disinfettati e sterilizzati, medicature ecc. Cosicchè alle ore 1 pom. il Prof. Chiara eseguì l'atto operativo attenendosi al metodo conservatore, processo del Sänger. Seguì la tecnica, che oramai i lettori del nostro Giornale conoscono, nè per questo mi dilungherò sui particolari dell'operazione. Solo dirò di un incidente che fece perdere assai quantità di tempo, e fu che il taglio dell'utero cadde sulla zona d'inserzione della placenta, che era inserita sulla parete anteriore. Estratto il feto di sesso femminile, vivo, del peso di grm. 2520, ed espulsa dall'utero contraentesi la placenta, il Prof. Chiara mise la prima sutura, la muscolo-sierosa. Quindi mise la seconda, quella cioè siero-sierosa. Messe le suture si vide che da due tramiti praticati dall'ago nel fare la sutura muscolo-sierosa usciva sangue in quantità non grande, ma tale però da dovervi porre riparo. L'utero era ben contratto, ma essendo quella parte dell'utero molto vascolarizzata perchè nella parte interna vi era inserita la placenta, il sangue seguitava ad uscire. Il Prof. Chiara vi rimediò applicando sui punti sanguinanti varii punti di sutura in senso trasversale con catgut e aghi sottilissimi. Alla fine si ebbe un'emostasi perfetta.

Il metodo conservatore fu scelto specialmente perchè la statistica di questo processo addimostra che l'operazione cesarea così eseguita dà minore mortalità che con qualunque altro metodo e processo. E per ora anche in questo caso, e siamo in 6ª giornata, le cose procedono bene per la madre e per il feto.

D. A. M.

Nota. — In settima giornata insorse peritonite acutissima e al principio dell'ottava giornata la donna morì. La necroscopia constatò alcune ulceri intestinali di vecchia data: quattro di queste avevano il tessuto cicatriziale rammollito e perforato. L'apparato genitale interno ed esterno era in buonissime condizioni: la ferita dell'utero bellissima e già in perfetto coalito.

TRADUZIONI

Sulla profilassi della Oftalmia blenorragica dei neonati, per Augusto Nebel. (*Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäk. XIV, Bd. H., pag. 85 e seg.*).

La quistione della profilassi della congiuntivite blenorragica dei neonati considerata da molti come risolta definitivamente è entrata al presente in una nuova fase dopochè Kaltenbach al Congresso di Ginecologia di Munich ha pubblicato i risultati ottenuti negli ultimi anni col suo metodo di cura.

Le opinioni che Egli ha emesso differiscono in certi punti da quelle ammesse fino al presente. Egli in primo luogo non tien conto del danno di una infezione primitiva dell'occhio durante il parto; egli attribuisce la grande quantità d'infezioni che si hanno in certi stabilimenti non ad un'infezione primitiva durante il parto, ma ad una infezione comunicata da occhio a occhio, sopraggiunta più tardi. Inoltre ha dimostrato che il danno di una infezione primitivà può essere evitato in un modo molto più semplice e più sicuro senza servirsi del nitrato d'argento, ma disinfettando accuratamente le vie genitali e praticando delle lozioni di acqua distillata sugli occhi del bambino appena nato. Ritiene quali vantaggi di questo metodo: prima che l'acqua evita molte irritazioni a cui possono andare incontro gli occhi del bambino, poi la grande facilità di mettere in pratica questi mezzi profilattici specialmente per le Levatrici.

Le spiegazioni generalmente sono state contraddette.

Le prove tentate altrove con questo metodo e con dei metodi affini, non hanno dato buoni risultati come a Giessen. Questa è stata la ragione per cui io ho ripreso lo studio della quistione fondandomi sopra a molte esperienze. Per la qual cosa potrò esporre questo metodo in modo molto più minuto che non fu possibile di fare a Munich in una semplice conferenza, e spero con queste spiegazioni di evitare il disprezzo di certi colleghi e di persuadere gli specialisti ad esaminare più accuratamente questo metodo.

In pari tempo io ringrazio il mio venerato maestro prof. Kaltenbach che mi ha incoraggiato a fare questo lavoro.

Ahlfeld aveva introdotto nel 1881 il metodo di Credé nella clinica di Giessen. Quando Kaltenbach ne prese la direzione, seguì da principio questo metodo per un anno e mezzo, dal 15 Aprile 1883 al 1° Ottobre 1884. In quest' intervallo su 234 neonati due soli di essi furono colti da affezione purulenta della congiuntiva, e due da una leggiera infiammazione catarrale. Per conseguenza la morbilità della oftalmo-blenorrea fu solo di 0,85 per 100. Occorre ricordare che le 4 madri di quei bambini, nella settimana successiva al parto, ebbero una elevazione di temperatura, che in due fu causata da una endometrite, nelle altre da lieve parametrite.

I risultati non erano dunque soddisfacienti, e ciò fu dovuto in parte alla irritazione occasionata agli occhi dal sistema seguìto di profilassi o di cura.

Dal 1° Ottobre si rinunziò a questa cura col nitrato d' argento e nel semestre seguente si praticò un' accurata disinfezione della vagina mediante il sublimato corrosivo.

Benchè in questi casi dubbi si fosse lavato gli occhi dei dei bambini con una soluzione leggerissima di sublimato corrosivo (1 : 5000-3000), i risultati non furono soddisfacenti. Sopra 85 neonati uno fu attaccato da oftalmo-blenorrea, e due da catarro purulento benigno.

Fino dal 1° Aprile 1885 si cominciò ad adottare il metodo usato ancora al presente: esso consiste nel disinfettare accuratissimamente il canale utero vaginale col sublimato corrosivo durante il parto, e appena la testa viene espulsa, nel ripulire e lavare con acqua distillata gli occhi dei bambini.

Fino al tempo della riunione a Munich, questo metodo fu usato in 200 parti. Ogni infezione oftalmo-blenorragica disparve: tutte le malattie degli occhi osservate, si ridussero ad un leggiero catarro congiuntivale sopraggiunto 8 giorni dopo il parto, e che in 2 giorni sparì, senza lasciare traccia di sè.

Dopo questi, si ebbero altri risultati soddifsfacienti e ai 200 casi surriferiti se ne possono aggiungere altri 130 in cui non si ebbe nessuna affezione purulenta dell' occhio.

Parlerò ancora di 2 casi di leggiera congiutivite. Nel primo, al quarto giorno di puerperio la madre fu colta da endometrite, con scolo fetido dai genitali. L'ottavo giorno gli occhi del bambino mostrarono i segni di un principio di congiuntivite purulenta: nondimeno dopo 4 giorni, mediante applicazioni di ghiaccio, il male scomparve. Faccio notare, che al momento del parto, io era assente, e sostituito da un vecchio medico: è possibile quindi che la disinfezione delle vie genitali non fosse stata fatta accuratamente come per il solito.

Il secondo caso fu quasi identico: si trattava di una donna gravida che dissimulò i dolori fin quasi agli ultimi momenti: la testa molto bassa nel canale, non permise di fare irrigazioni vaginali. Nel quarto giorno del parto si manifestò nel bambino una leggiera congiuntivite, la quale cedette dopo 10 giorni, a delle lozioni d'acqua fredda, e madre e bambino lasciarono presto lo stabilimento in perfetta salute.

Questi due casi non hanno l'importanza di un *experimentum crucis* e il successo non è completo: ciò perchè il metodo non ha potuto essere applicato interamente; ma in

tutti i casi in cui il nostro sistema è stato rigorosamente seguìto, i risultati sono stati ottimi.

Certo è che su 330 casi, nel periodo di 2 anni, i risultati furono costanti, malgrado moltissime circostanze sfavorevoli, e il parziale cambiamento del personale di servizio. Nessuno poi potrà pretendere che in così lungo tempo non vi sia stata alcuna donna affetta da gonorrea. E se il nostro metodo non ha dato risultati assolutamente costanti, ciò è dipeso senza dubbio dal modo di metterlo in pratica.

Secondo il rapporto del Dott. Cohn, il nostro metodo adottato nella clinica di Berlino, ha dato una morbilità del 4 per 100 di Blenorrea ed inoltre un certo numero di casi di leggera congiuntivite. Ma sembra veramente che la disinfezione delle vie genitali non sia stata fatta accuratamente come noi pratichiamo, specialmente per il numero delle irrigazioni.

D'altra parte nella esecuzione di qualunque metodo si cade sempre in qualcuno dei difetti primitvi; ed è facile capire che con una grande quantità di materiale e non avendo mai le stesse persone incaricate delle misure profilattiche, specialmente sul principio, il numero dei buoni risultati lascia sempre qualche cosa a desiderare.

Avanti di spiegare tutti i vantaggi del nostro metodo, io voglio descrivere minutamente tutte le misure accessorie che indirettamente concorrono ad ottenere un buon successo.

Ogni donna gravida, al suo ingresso nello stabilimento fa un bagno completo, e i genitali esterni sono accuratamente ripuliti con sapone. Al momento dell'ammissione e ad ogni esplorazione, viene fatta una irrigazione vaginale di una soluzione di sublimato di 1 : 3000. Se vi ha il sospetto di gonorrea, si fa la cura locale della vagina, in modo che al momento del parto, il male sia sensibilmente diminuito, se non cessato.

Quando la donna è nella sala del parto, si fa una

rigorosa pulizia degli organi genitali esterni e della vagina, con la solita soluzione all'1 : 3000; queste irrigazioni vengono ripetute varie volte dopo le esplorazioni, in modo che in tutto il travaglio del parto si adoperano da sei ad otto litri d'acqua.

Quando la faccia del bambino appare ai genitali esterni, si lavano gli occhi ancora chiusi, con del cotone imbevuto di acqua distillata. In qualunque cambiamento di posizione della madre, si ha cura che durante il parto gli occhi del bambino non vengano a contatto colle parti esterne di essa. Gli assistenti al parto sono istruiti dei gravi danni di una infezione: essi devono tenere scrupolosamente pulite le mani, e le madri sono obbligate a lavarsele col sapone due volte al giorno. I bambini non sono tenuti nel letto delle loro madri, altro che il tempo necessario a dar loro il latte: essi stanno in piccoli letti messi dappiedi.

Ogni giorno all'ora del bagno si lavano con acqua distillata gli occhi del bambino, e si ha cura di evitare che venga in contatto di essi l'acqua del bagno.

Se tutti questi mezzi non sono riusciti a risparmiare l'infezione oculare ai bambini, ciò proviene dall'insufficienza dei mezzi adoprati per la disinfezione del canale genitale. L'acqua di Cloro, l'Acido Salicilico e il Carbolo non sono capaci di distruggere li *Gonococco* e di togliere la blenorragia. Però si è potuto ottenere una grande diminuzione nella morbilità, e se non si è potuto togliere la infezione, se ne sono grandemente attenuati gli effetti.

Bayer fa notare, che dopo avere adottato le irrigazioni nella maternità di Stuttgardt, non ostante che abbia sempre un certo numero di infiammazioni dell'occhio, pertanto non ha più affezioni della cornea.

Anche qui il sublimato corrosivo ha mostrato la sua superiorità sopra tutti gli altri mezzi di disinfezione. Con questo si giunge a distruggere i *gonococchi* aderenti alle

pareti della vagina, in modo che questi non possono ammalare l'occhio del bambino, e la lavatura ulteriore con l'acqua distillata, serve a preservare dall'infezione. Si può esser sicuri del risultato quando le circostanze di luogo e di tempo permettono di seguire completamente il metodo. Se non si può, e si ha sospetto di gonorrea, si può però sempre distruggere il *gonococco* sulle palpebre di neonati.

Uno dei vantaggi incontestabili del nostro metodo circa all'uso del lapis di nitrato d'argento, consiste nell'evitare ogni irritazione degli occhi. Noi non vediamo mai nè rossore nè infiammazione, nè secrezione della congiuntiva, come si vedono altrove: bisogna riconoscere che la medicazione col nitrato d'argento fatta da una mano abile, non fa danno agli occhi. Tuttavia la irritazione prodotta qualche volta, è tale, che la nostra coscienza non è tranquilla, e come dice un celebre clinico quale Olshausen, noi non sappiamo dire se abbiamo le conseguenze di una irritazione esterna da noi provocata dalla cura, oppure una forma abortiva della congiuntiva. Inoltre durante questo stato d'irritazione, l'occhio ha una maggiore suscettibilità ad una nuova infezione, e bisogna sorvegliarlo con diligenza.

Parimente se in una clinica sono da aspettarsi buoni risultati dal sistema di Credé, non è la stessa cosa nella pratica ordinaria, per le troppe cure che esso esige. Non si deve pensare neanche per sogno, ad affidare la cosa alle Levatrici.

Il nostro metodo della disinfezione del canale utero-vaginale si impone anzitutto dal lato della antisepsi come necessario agli stabilimenti d'istruzione. Esso è buono tanto per la madre che per il bambino, e di un grande vantaggio per i medici e per le levatrici, a cui bisogna far capire che i germi putridi del canale vaginale sono dannosi alla madre e al bambino: altro vantaggio del metodo, è il preservare

non solo da una infezione primaria, ma anche da una secondaria.

Dopo le esperienze di Leopold e di Wesser si sa che i gonococchi si sviluppano nei lochi anche se prima fossero stati in piccola quantità, cosicchè si può avere una nuova sorgente di essi. Per evitare la qual cosa non c' è altro che da servirsi di una rigorosa disinfezione della vagina, specialmeute durante il parto.

Il metodo di Credé di instillare delle goccie di nitrato d'argento nell'occhio, non previene una ulteriore infezione, anzi per la irritazione che esso produce, predispone gli occhi a prenderla.

Un altro dei principali vantaggi del nostro sistema consiste nella sua semplicità, percui si può facilmente introdurre nella pratica ostetrica: perchè un ostetrico che abbia potuto conoscere quali danni si hanno per parte del feto da una infezione presa nel passaggio per il canal vaginale, prenderà sicuramente nella sua pratica. tutte le precauzioni necessarie, e sceglierà quei mezzi che avrà studiati nella clinica e che avrà veduto meglio corrispondere.

Bisogna che convenga che vi sono ancora degli ostacoli insormontabili, nondimeno credo che non sia lontano il tempo in cui la misure di disinfezione saranno imposte agli ostetrici. Ci si convincerà che una buona antisepsi esige non solo la disinfezione delle mani e degli strumenti, ma anche del canale vaginale. Io non voglio dire che si debba mettere nelle mani di ogni ostetricante il sublimato corrosivo; ma sono sicuro, che qualunque mezzo di disinfezione messo in opera non può fare altro che contribuire a scemare la morbilità.

Per la lavatura degli occhi, si raccomanderà agli ostetrici l'acqua distillata, e in mancanza di questa, l'acqua bollita, o altrimenti l'acqua pura di sorgente.

È naturale che il nostro sistema in molti casi non

possa corrispondere, quando il bambino sia colto da oftalmo-blenoragia, ma se non altro ne attenua la gravità.

Col metodo di Credé tutti i bambini sono assoggettati ad uno stesso trattamento irritante, mentre 2 o 3 per 100 solamente vanno a rischio di prende il contagio, e non si può invocare una ragione di utilità generale, come per la inoculazione del vaiolo.

È dunque più razionale il cercare di evitare un'infezione con dei mezzi profilattici, che sottomettere tutti i bambini ad una cura irritante quasi direi barbara.

G. Gelli.

Nota. — Nella Clinica Ostetrica di Firenze da più di quattro anni sono in uso le lavature genitali antisettiche con soluzione al $^1/_2$: 1000 di Bicloruro di Mercurio: in questo frattempo si notarono pochissimi casi di Oftalmia dei neonati. Se tra i due fatti esistesse relazione, cosa probabile, sarebbe confermata la convenienza del sistema proposto e seguito dal Dott. Nebel.

RIVISTA

Della sterilizzazione del cotone, della garza, dell'acqua che si usano per medicare le piaghe. — Tripier.

L'autore nel 1883, in una nota all' « Accademia di Medicina » aveva fatto conoscere un apparecchio di riscaldamento (stufa all' olio) per scaldare gli istrumenti chirurgici come mezzo atto a prevenire lo sviluppo della setticemia gangrenosa.

Allorquando il Prof. Tripier faceva tale comunicazione, era già un anno che si serviva di quell'apparecchio, e durante quel tempo non gli era dato osservare neanche un sol caso di contagio, mentre che nell'anno antecedente ben cinque casi di setticemia gangrenosa erano occorsi nella sua clinica, e il giorno stesso dell'operazione. Sono passati ancora quattro anni da che si serve di questo apparecchio, e i resultati primi non sono stati per niente smentiti. A questo punto l'autore dice: « è permesso di concludere che la trasmissione della setticemia si fa il più spesso nell' ambiente in cui ci troviamo, per l'intermezzo degli strumenti.

Aggiunge però che se, dopo l'uso del suo apparecchio non ha più a deplorare quegli accidenti funesti, che s' accompagnano bene spesso alla morte immediata, ha, purtuttavia osservato un certo numero di suppurazioni, delle quali alcune facevano fallire soltanto la riunione di prima intenzione, le altre invece davano luogo a degli

scollamenti accompagnati da un rialzo termico. Questo fatto non poteva attribuirsi allo stato degli istrumenti essendo l'Autore sicuro della loro sterilizzazione; non poteva neppure riferirsi allo stato delle dita dei suoi aiuti, giacchè essi, ormai assuefatti a tutte le difficoltà del metodo, prendevano le più minuziose precauzioni, e poi, racconta l'Autore, che egli stesso faceva la medicatura.

D'altra parte poi servendosi di liquidi antisettici non si poteva loro attribuire l'inconveninte lamentato; dunque? dunque non rimaneva che attribuirlo agli oggetti da medicatura.

Come la maggior parte dei Chirurghi così l'Autore aveva osservato che servendosi della garza fenicata comune, ora si aveva l'eritema ora l'ezema delle parti circostanti alla piaga. Anche in questi casi frequentemente era frustrata la riunione di prima intenzione. Dopo ciò doveva, dice Tripier, sorgere spontaneo il sospetto se là non si avesse una relazione di causa ad effetto, se cioè le resine, cui si dà in questi casi la colpa, non potessero per avventura produrre o l'eritema o l'ezema, oppure in una stessa volta e l'eritema e l'ezema e la suppurazione della piaga.

Per troncare la questione il Prof. Tripier risolvette di sostituire alla garza fenicata comune, quella preparata con l'alcool (garza di Bruns).

A datare da questo momento non più ezema non più eritema, per lo contrario i casi di suppurazione furono più frequenti. Bisogna far notare però che la garza fenicata preparata con l'alcool lascia evaporare più sollecitamente l'acido fenico che non quella comune che, come ognuno conosce, è impregnata di resine.

Dopo le osservazioni fatte si doveva ammettere che la garza di cui si serviva Tripier, preparata da qualche tempo, aveva perduto in parte, se non completamente, il suo acido fenico, talchè, messa in contatto della piaga,

non era più capace di neutralizzare i germi infettivi, sia che essi venissero dall'atmosfera, sia che esistessero già negli oggetti da medicatura. Per verificare ciò fu preso un pacco di cotone tale e quale veniva fornito alla sua clinica, dal mezzo della massa ne venne presa una certa quantità. Di questa una parte, a piccoli frammenti, fu posta in 25 palloni Pasteur contenenti del brodo di bove salato e non salato, l'altra parte invece fu messa in una stufa a 130 gradi di calore, prima di porla nei suddetti palloni. In capo a qualche giorno si esaminarono i tubi e si constatò ciò che segue:

1°. Tutti i tubi che contenevano dei frammenti di cotone scaldato, avevano il loro contenuto chiaro trasparente.

2°. Sopra 25 palloni con il cotone senza scaldare 24 erano popolati di microbi.

Da ciò era facile indurre che il cotone che viene dal commercio non è rigorosamente asettico come non è del pari asettica la stoppa all'acido salicilico.

Per rimediare a questi inconvenienti l'Autore, essendo necessario avanti tutto di avere una sterilizzazione degli oggetti di medicatura, ricorse immediatamente al suo apparecchio di riscaldamento. Ma i primi resultati, è forza il dirlo, furono poco incoraggianti, inquantochè servendosi l'Autore del cotone secco gli oggetti di medicatura venivano ad essere più o meno deteriorati, e in particolare il cotone era abbruciacchiato. Fu allora che al Prof. Tripier fu dato dall'Arloing il consiglio d'impiegare il vapore sottoposto ad una certa pressione.

Col mezzo dell'autoclave di Chamberlad è facile assicurarsi che gli oggetti da medicatura restano assolutamente intatti ad una temperatnra variabile fra 115° e 120°.

Infatti, narra l'Autore, che un dei suoi assistenti, per suo incarico, si procurò il virus della pustola maligna, della setticemia gangrenosa, dell'osteomielite infeziosa, e del

carbonchio sintomatico, i cui germi sono resistentissimi, e li distese su dei frammenti di tela e li disseccò all'ombra, li chiuse in un pacco di cotone e li sottopose al vapore dell'autoclave di Chamberland. Terminata l'operazione questi virus furono sciolti nell'acqua e furono inoculati a degli animali. Nel medesimo tempo si facevano altre inoculazioni su diversi altri animali coi virus medesimi non scaldati. I virus passati per l'autoclave rimasero assolutamente inattivi.

Il Prof. Tripier per la sua clinica ha adottato l'autoclave di Chaberland, il grande modello. Mette i pacchi del cotone e della garza segnatamente nel paniere di mezzo onde il vapore acquoso possa circolare liberamente e porta la temperatura da 115° a 120° per venti minuti. In capo a 10 minuti però apre il rubinetto (purgeur) onde portare al di fuori l'aria compresa fra gli strati del cotone e della garza. Così rende più completa l'opera della sterilizzazione. Terminata l'operazione si apre l'autoclave e si ritira il paniere. L'esporre all'aria gli oggetti da medicatura basterebbe ad essiccarli, ma bisognerebbe trovarsi in un mezzo asettico quantunque ancora non si avessero sufficienti garanzie. — Per rimediare anche a questo inconveniente l'Autore, dietro consiglio di M. Arloing, fece costruire un apparecchio che serve al tempo stesso di essiccatoio e di conserva degli oggetti sterilizzati. Questo apparecchio è una specie di gran forno in lamiera scaldato con una lampada a gaz. Esso contiene tre recipienti di rame la cui capacità interna è tale da potere ricevere un paniere in filo di ottone ripieno di cotone o di garza scaldata all'autoclave. I recipienti sono ermeticamente chiusi da un coperchio a largo bordo munito al suo centro d'uno sfiatatojo onde lasciar fuggire il vapore acqueo. Questo sfiatatojo è munito di un primo coperchio a movimento orizzontale, e d'un secondo costituito da uno strato di cotone onde

impedire la penetrazione dei germi. Inoltre ciascun recipiente è munito di un regolatore a mercurio.

Ora è facile comprendere il meccanismo di questo apparecchio. Alla fine di ciascuna seduta di sterilizzazione, uno dei recipienti dell'essiccatojo-conserva riceve il paniere pieno degli oggetti da medicatura tolti dall'autoclave. La lampada è accesa. La temperatura si porta a 100°: e vi si mantiene per mezzo di un regolatore. Essendo aperto lo sfiatatojo del recipiente il vapore acqueo che impregna il cotone si elimina interamente, così il cotone e la garza si disseccano in una temperatnra che è di per sè sterilizzante, e sopratutto in una atmosfera primitivamente umida. Quando la essiccazione è completa si spenge la lampada, si chiude lo sfiatatojo mercè il coperchio metallico e si lascia al posto lo strato di cotone affinchè l'aria che entra nel recipiente durante il raffreddamento si filtri attraverso il cotone e vi lasci i germi che contiene. Così si ha una provvigione di cotone e di garza difesa dall'aria atmosferica.

Ottenuta la sterilizzazione degli oggetti da medicatura nel modo che sopra, l'Autore porta la sua attenzione sovra i liquidi onde ottenere anche di questi una asepsi completa. Siccome, egli dice, che l'acqua in ebollizione oltrechè non distruggere completamente i germi che contiene, va soggetta ad acquistarne dei nuovi per i travasamenti a cui si sottopone, nelle cliniche sarebbe quindi necessario sterilizzare tutti i recipienti, ma tale operazione oltrechè difficile non è praticabile nelle cliniche.

Il Tripier ha adottato per la sterilizzazione dei liquidi le lampade di Chamberland, giacchè gli sembrò il miglior metodo. Al tubo conduttore dell'acqua nella sua clinica ha sottoposta una serie di « *bugie* » di Chamberland. In tal modo egli narra di avere in 24 ore 400 litri di acqua sterilizzata la quale si riversa in un recipiente che ne contiene circa 100 litri e privo di qualunque comuni-

cazione con l'aria atmosferica eccetto in alto dove si trova un orifizio sormontato da un tubo svasato e ripieno di cotone che funge da filtro all'aria ambiente.

A. Sani.

Cura della febbre puerperale. — Runge Samuele.

L'Autore ritiene come mezzi migliori atti a combattere la febbre puerperale l'uso dell'alcool e i bagni.

Egli dà gli alcoolici a grandi dosi tanto è vero che ad una giovine primipara che non aveva mai bevuto vino giunse a far prendere 10 bottiglie e mezzo di vino generoso e due litri di cognac in una settimana.

Rifiuta gli antitermici che giudica dannosi allo stomaco e meno efficaci, adotta i bagni i quali non solo hanno una benefica influenza sullo stato generale, ma eccitano ancora l'appetito. Il Runge gli prescrive fino dalle prime manifestazioni della malattia ad una temperatura di 22° a 24° Reamur. Varia il numero a seconda dei casi più o meno gravi; nei 13 casi di cui riferisce, gli ha ripetuti da 3 a 11 volte.

Secondo l'esperienza dell'Autore tal metodo di cura ha meglio corrisposto nei casi non tanto gravi cioè, nelle peritoniti a forma lenta, con pochi vomiti e senza grave dolore.

G. Gelli.

NECROLOGIO

Il giorno 6 c. m. moriva in Padova l'ottuagenario Prof. Tito Vanzetti, ordinario di clinica chirurgica in quella università. Era malato da parecchi giorni e in modo da non lasciar speranze. Non pertanto, malgrado le tristi previsioni, la sua morte ha destato grande dolore in tutta la cittadinanza e in particolar modo nella studentesca, che era solita considerare e venerare in lui il maestro paterno, l'anziano della Facoltà medico-chirurgica. Da giovane il Vanzetti viaggiò molto, studiando e visitando numerosi istituti clinici e atenei. L'università di Charcow lo ebbe a proclamare suo professore ordinario.

Ritornò in patria carico d'onori. La università di Padova lo ebbe sempre suo professore. Il Vanzetti aveva animo gentile, mite, equo, modestissimo. Era commendatore della Corona d'Italia, dell'Ordine di Sant'Anna di Russia e dell'Ordine Piano, cavaliere dell'Ordine di Francesco Giuseppe I d'Austria, laureato di Francia, membro effettivo del R. Istituto veneto scienze, lettere ed arti; socio delle Reali Accademie di Torino e del Belgio.

Nei fasti della Ginecologia Italiana il nome del Prof. Vanzetti è e resterà celebre, perchè con lui si apre il periodo scientifico pratico dell'ovariotomia in Italia. Infatti pel primo egli praticò l'ovariotomia per cistoma il 26 marzo 1859.

NOTIZIE. — *La Direzione del Giornale* « Archives de Tocologie » *fondato nel* 1874 *dal prof. Depaul è passata dal Dottor Loyre al Dott. Auvard.*

AVVISO. Si avvertono quei signori che furono abbuonati nell'anno 1887, che riceveranno solo il primo numero del Giornale, *se o non si metteranno in pari con l'Amministrazione,* o non rimanderanno firmata la scheda in cui dichiarino di ritenersi abbuonati per l'anno 1888.

ANNALI DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

SOMMARIO. — MEMORIE ORIGINALI: Il vomito ed il meteorismo non dipendenti da setticemia e consecutivi alla castrazione. Sunto di una conferenza del Prof. D. CHIARA, raccolta dal Dott. SANI. *Pag.* 49. — Echinococco Endogeno della milza. Escisione della cisti col metodo Lindemann. (*Contin. e fine*). Dott. E. FASOLA. *Pag.* 64. — Movimento Clinico del R. Istituto Ostetrico-Ginecologico: sezione Ostetrica. *Pag.* 80; sezione Ginecologica. *Pag.* 81. G. GELLI. — RIVISTA: Sull'uso della elettricità per eccitare la funzione della glandula mammaria. G. GELLI. *Pag.* 84. — Falsa rigidità del collo uterino. *Pag.* 87. — Inserzione anormale della placenta e albuminuria. Eclampsia e forma sincopale, parto forzato. Guarigione. *Pag.* 90. — Nota sovra un caso di embriotomia. *Pag.* 92. — Libri ricevuti in dono. — Avviso. *Pag.* 96.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
17 MAR 88
LIBRARY

MEMORIE ORIGINALI

REGIO ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI FIRENZE

diretto dal Prof. Cav. Ufficiale

DOMENICO CHIARA

IL VOMITO ED IL METEORISMO

NON DIPENDENTI DA SETTICEMIA E CONSECUTIVI ALLA CASTRAZIONE

SUNTO DI UNA CONFERENZA

DEL PROFESSOR DOMENICO CHIARA

RACCOLTA

DAL DOTT. SANI ASSISTENTE

Sul finire dell'anno accademico 1886-87 il mio ottimo ed illustre maestro, il Prof. Chiara, presentando agli studenti una sua ultima operata di castrazione, in cui la cicatrizzazione aveva seguito un decorso irregolare

per causa del vomito ostinato, tenne una conferenza per illustrare questo caso, parlando nel medesimo tempo di altri tre consimili osservati in questa Clinica Ginecologica.

Le idee che espose, le considerazioni cui dettero luogo, mi apparvero importanti a conoscersi e perciò credo utile di renderle di pubblica ragione. Riservandomi in ultimo di riportarne le singole istorie, riferisco senz'altro le parole del Prof. Chiara.

Signori,

La donna che io vi presento è una mia operata di castrazione che sta per abbandonare questa clinica in buonissime condizioni.

Questa donna era venuta quà a domandarci una cura contro certi disturbi del sistema nervoso piuttosto gravi. Erano turbe isteriche in generale, ma più specialmente della innervazione dello stomaco e del rimanente degli intestini che erano causa di vomiti ostinati e di meteorismo doloroso. Alterazioni della sensibilità, sensazioni nojose di caldo e di freddo. Tali fenomeni si accentuavano maggiormente ad ogni epoca mestruale.

Persuasi che tali disturbi oltre che da un certo grado di isteria, dipendessero anche da uno stato patologico dell'utero, ma più specialmente delle ovaia le consigliammo la castrazione.

Essendo stato accettato il nostro consiglio l'atto operativo fù eseguito il giorno 19 del mese di Marzo dinanzi a quei di vojaltri che la sorte aveva designato.

Signori,

Nel presentarla a voi non ho avuto in mira di parlarvi delle indicazioni e dei criteri che ci guidarono a proporre a questa donna una tale operazione, ma di ri-

chiamare la vostra attenzione sui particolari che presenta la cicatrice addominale. Come potete riscontrare tale cicatrice non è rappresentata, come di solito, da una linea più o meno irregolare, più o meno visibile, ma è costituita invece da un ovoide assai piccolo. Un tal fatto sta ad indicarvi che là il coalito dei labbri della ferita è avvenuto per seconda intenzione. Ciò, a vero dire, non si riscontra accadere nelle comuni laparotomie.

E allora sorge naturale la domanda perchè debba ciò verificarsi quando non vi sono grossi tumori che distendano soverchiamente le pareti addominali? E siccome quei fenomeni causa prima di un tale inconveniente si sono riscontrati in altre tre operate, e in un delle quali hanno prodotta, come in questa, la cicatrizzazione per seconda intenzione, così colgo l'occasione per tenervene parola.

Questi fenomeni sono il vomito ed il meteorismo.

Delle quattro castrazioni due furono fatte per fibromi uterini, che è quanto dire per emorragie, talvolta gravi; per dolori addominali continui, e per vomiti corrispondenti ad ogni epoca mestruale. Le altre due furono fatte per quelle turbe esteriformi di cui abbiamo parlato. È mestieri che vi faccia osservare che tutte e quattro queste ammalate avevano in comune, anche prima di essere castrate, il vomito più o meno forte. Detto vomito congiunto al meteorismo esagerato fece sì che in due di queste povere donne, avendo raggiunto, dopo l'atto operativo, il maximum d'intensità, che la riunione avvenisse, come vi ho detto, per seconda intenzione. Anzi debbo aggiungere che nella donna, che ho l'onore di presentarvi, il meteorismo raggiunse tali proporzioni, ed era tanto doloroso e i gas si riproducevano con tanta rapidità che fummo costretti di praticare da 18 a 20 volte la puntura degli intestini con un piccolo trequarti

onde dar libero esito a questi gas che non potevano uscire per spasmo in qualche parte o per paralisi in qualche altra della massa intestinale.

Dinanzi al quadro fenomenico che presentavano queste quattro donne pensammo tosto che fosse dovuto ad una delle tante forme di setticemia, solite a succedere più particolarmente agli atti operativi gravi perocchè nessun altro stato morboso, all'infuori di questo, poteva essere accompagnato da vomito, e da meteorismo esageratissimi.

Ciò non pertanto dovemmo ricrederci, quando, dopo un accurato esame, potemmo constatare che il polso non era ne piccolo ne frequente, che i lineamenti del volto erano composti, e che per quanto si palpassə l'addome, non si riuscì a far provare alla donna alcun dolore.

Come voi sapete il meteorismo che si consocia a dolori addominali, esagerbantisi colla pressione, è segno di peritonite settica.

Potreste obiettarmi che tali dolori, in alcuni casi, possono mancare, e non per tanto aversi nell'ammalata una infezione. Nessun dubbio che ciò possa verificarsi disgraziatamente, ma debbo aggiungere che questi casi sono eccezionali, che quivi la infezione settica è tanto grave da produrre la morte dell'individuo prima ancora che questi abbiano luogo di svilupparsi, oppure da portare il collasso e consecutiva insensibilità onde detti dolori non sono avvertiti.

E poi ripensammo che in caso di setticemia tali fenomeni si sviluppano alquanto più tardi di quel che non sia avvenuto nelle nostre operate.

Signori,

Avete udito che è mio avviso che nei due casi di disturbato processo di cicatrizzazione, si debba incolparne esclusivamente e il vomito e il meteorismo.

Quì sorge spontanea la dimanda: perchè in due operate si è avuta una cicatrice normale, mentre nelle altre no quantunque avessero presentato tutte, avanti e dopo la operazione, i medesimi fenomeni? Eccone la ragione.

Nella prima donna castrata per fibroma, e nella quale il coalito fu regolarissimo, il tumore fibroso era tanto grande, che non essendo spostabile dalla linea mediana, si manteneva sempre a mutuo contatto con la ferita addominale. Ne avvenne per conseguenza che le anse intestinali da questa massa fibrosa cacciate a destra e a manca della ferita, non poterono, durante gli urti del vomito, far pressione su di essa. Quindi adesione per primam.

Nella seconda e questa era una Signora, venuta dal di fuori in questa clinica, decisa a farsi operare e che presentava spiccatissimo il fenomeno della così detta Menofobia, (la paura cioè di morire per emorragia mestruale) si ebbe parimente una cicatrizzazione regolare in quantochè là più che il vomito ostinato e forte come nelle altre, si ebbe il reflusso delle materie dello stomaco senza sforzo veruno.

La terza fu castrata per fibromi multipli, due del legamento largo sinistro, uno sottoperitoneale al fondo, l'altro interstiziale della parete anteriore. Quest'ultimo, del volume di una testa fetale a termine, per il suo modo speciale di sviluppo, si trovava tutto quanto situato nella escavazione pelvica, dimodochè la ferita non potè esser difesa per mezzo del tumore dalla pressione delle anse intestinali. Perciò cicatrizzazione per 2ª intenzione.

Dell'ultima che è questa, conoscete già le ragioni che ci spinsero alla castrazione.

Come molto più innanzi vi ho detto nelle operate di ovariotomia comune, di solito, non si verificano nè me-

teorismo nè vomito, o, se esistono, sono molto attenuati e si prolungano per breve tempo. Anzi debbo notar qui di passaggio che spesso in questi casi viene a mancare quel vomito che è conseguenza dell'inalazione del cloroformio.

E allora perchè questa differenza di comportarsi dell'organismo? — Io non saprei trovare altra spiegazione del fatto che in quanto andrò esponendovi.

Ciascun di voi conosce che i ligamenti utero ovarici sono muniti di un certo numero di filetti nervosi che trasmettono al centro le eccitazioni che dalle ovaia ricevono.

Immaginate che questi organi vadano incontro ad uno stato patologico, quale la degenerazione cistica, che si sviluppa lentamente e che dura per mesi ed anni, ed avrete un'idea di ciò che là deve succedere.

Quei filamenti che decorrono nello spessore del ligamento largo per il lento svilupparsi del cistoma, vengono ad essere sottoposti, diuturnamente e per lungo lasso di tempo ad uno stiramento, ad una irritazione continua. Da questo stato permanente di cose ne consegue che la loro sensibilità viene ad essere più o meno profondamente modificata nel tempo istesso che si stabilisce un adattamento, un'abitudine di questi nervi alla eccitazione, alla irritazione che necessariamente proviene, come abbiam detto, dall'ingrandire quotidiano del tumore.

Per questa ragione, allorquando nella ovariotomia comune si viene a costringere il peduncolo col laccio, i suoi filetti nervosi modificati nella loro sensibilità potranno sopportare senza notabile reazione la presenza del laccio che non provocherà perciò fenomeni riflessi di qualche rilievo.

Si aggiunga a tutto questo che ordinariamente la ovariotomia è unilaterale e per conseguenza ridotto alla

metà il numero dei filetti eccitati, e che le donne aventi un cistoma dell'ovaio ben raramente presentano fenomeni riflessi, o se pure ve ne hanno, questi sono molto miti. E ciò per la ragione già annunziata.

Quanto abbiam detto per i cistomi riguardo alle modificazioni già descritte, valga pure anche pei casi di sviluppo di tumori fibrosi della parete anteriore o posteriore, ma più specialmente del fondo dell'utero che, come quelli, per la loro espansione stirano continuamente i ligamenti utero-ovarici.

Or bene, in quelle donne che noi sottoponiamo alla castrazione, le ovaia non sono degenerate, o se lo sono, la degenerazione non è tale da produrre alterazione di sorta nei nervi dei ligamenti, talchè la loro sensibilità si mantiene integra.

Stante questa sensibilità normale, nelle donne che presentano qualche fenomeno riflesso, questo deve necessariamente aggravarsi ad ogni epoca catameniale, essendo la funziene ovarica causa di eccitazione.

Se poi, per togliare quest'ovaia, stringerete con un filo il loro peduncolo, verrete a serrare fortemente i filetti nervosi e li ecciterete al più alto grado. Tale eccitazione essendo trasmessa al centro nella sua integrità, nessuna meraviglia se, dopo la castrazione, i fenomeni riflessi, che già esistevano, aumentino nella loro intensità.

E che quanto siamo andati esponendo sia vero, lo prova il fatto che, allora quando il laccio costrittore, di seta o di fil di ferro, non esercita più nessuna azione sul peduncolo per essersi questo atrofizzato, o i filamenti nervosi si sono adattati alla sua eccitazione, i disturbi che la donna provava vanno grado grado scomparendo fino al ritorno della calma completa senza che vi sia bisogno del nostro intervento.

Signori,

Da quanto sono andato esponendovi avrete compreso che noi abbiamo fondata ragione di ritenere essere il vomito ostinato e il meteorismo, i due fattori che mettendo in agitazione gli intestini, e questi premendo più sulla linea mediana che ai lati, vengano a divaricare giorno per giorno, ora per ora i due labbri della ferita, allontanando mano mano quell'essudato plastico che dovrebbe tenerli congiunti.

Questo ovoide cicatriziale vi dice ancora che là è avvenuto lo slabbramento della ferita perchè in quel punto è caduta la resultante delle forze impellenti dovute al vomito.

Osservazione I.

Ferro Olimpia, di anni 32, maritata, attendente a casa, entrò in questa Clinica Ginecologica il 4 Dicembre 1886. Ebbe la prima mestruazione a 13 anni. Tanto la prima quanto le successive furono normali fino alla prima gravidanza. Da questa in poi si fecero più prolungate e più abbondanti. Ebbe 9 gravidanze susseguite da 9 parti, i primi due, il quarto e il quinto normali a termine, il terzo e gli altri abortivi. L'ultimo parto, e abortivo, avvenne due anni fa. La causa della sua malattia la si deve ricercare in una metrite sub-involutiva pregressa, e nell'esaurimento dovuto ai parti e agli aborti ripetentisi a brevi intervalli. Le sofferenze che ha sono intermittenti — cominciano 7 o 8 giorni prima della mestruazione, si esacerbano sull'esordio di questa per terminare pochi giorni dopo. Ecco in che consistono. In quest'epoca l'utero si sposta e si mette in retroversione.

Ciò che è causa di dolori alla regione lombo-sacrale. Essa avverte questo fenomeno: e da uno stato di tranquillità, passa a quello di depressione notevole, di paura, di impotenza fisica e morale a qualunque occupazione. Questi fenomeni si esacerbano durante la mestruazione. Tutto questo rendendole penosa la vita si assoggettò di buon grado alla castrazione che le venne consigliata.

L'atto operativo fu praticato il 18 Dicembre del 1886 alle ore 10 antim. con quelle cautele che soglionsi mettere in pratica in questa clinica.

Mi astengo dal narrare minutamente l'atto operativo non avendo presentato difficoltà veruna, tanto vero che in meno di 35 minuti tutto era compiuto.

Il resto della giornata trascorse abbastanza bene.

Nelle prime ore della notte cominciò il vomito di materie alimentari ingerite e di succhi biliari. Anche nel giorno susseguente all'operazione continuò il vomito; ma più che vomito era rigurgito delle materie contenute nello stomaco. La temperatura 36,9; polso 88; respiro 24. In seconda giornata e in terza seguitano le medesime condizioni. Ma persiste il vomito e il ventre si fa alquanto arcuato, nessuna emissione di gas o di feci dal retto. Ha principio la metrostassi. La temperatura non oltrepassa i 37,5: il polso 106: il respiro 24: nessun riposo durante la notte. Nella quarta giornata si ha una diminuzione notevole in tutti questi fenomeni. Nella quinta il ventre è tornato ad essere pianeggiante, quantunque il vomito non sia scomparso del tutto. Seguita la metrostassi, ma in minor quantità. Nella sesta ritorna la calma. In settima giornata si tolgono in parte i punti di sutura: i rimanenti vengono tolti il giorno seguente. La cicatrice è avvenuta per prima intenzione e presenta un bell'aspetto. Nulla di notevole nei giorni seguenti. Il dì 3 Gennajo partì completamente guarita.

Osservazione II.

La sera del 4 Gennajo 1887 fu accolta per la seconda volta in questo Ospizio Cortecci Maria, di anni 37, vedova da qualche tempo, domestica. Detta Cortecci fu mestruata regolarmente a 17 anni. Tanto la prima quanto le susseguenti mestruazioni, fino a circa 8 mesi or sono, furono normali. Ha avute due gravidanze normali seguite da due parti parimente normali a termine. L'ultimo parto è avvenuto da quattro anni. All'eta di 18 anni ebbe il tifo, a 20 il vajuolo di cui ancora se ne riscontrano, specialmente al volto, traccie profonde. La Cortecci fa risalire il principio della sua malattia ad 8 mesi or sono. In quel tempo cominciò ad avvertire dei dolori al ventre che si irradiavano posteriormente. Senso di peso nella regione perineale. Questi dolori si esacerbavano ad ogni epoca mestruale. Nel medesimo tempo le mestrazioni si fecero più abbondanti, e si ripetevano anche due volte al mese. Nei periodi di calma abbondante scolo leucorroico dai genitali. Sul principio ad ogni epoca mestruale aveva il singhiozzo e qualche conato di vomito specialmente nelle ore notturne. In quest'ultimo tempo decisi vomiti erano sopraggiunti. Soltanto si ripetevano tre o quattro volte durante il periodo mestruale. In seguito di tempo sopraggiunsero vere e proprie metrorragie. A queste successe un'anemia profonda, debolezza generale, dolori di capo, gastralgie e vertigini. Impensierita dall'aggravarsi di questi fenomeni chiese ospitalità nella clinica.

Sottoposta la donna ad un esame accurato, e constatata l'esistenza di un tumore fibroso dell'utero le fu proposta la castrazione. Essendo stato accolto favorevolmente il consiglio suggeritole, detta operazione fu eseguita il 20 Gennajo 1887 nelle ore pomeridiane.

L'atto operativo non presentò nessuna difficoltà di sorta tanto che in poco più di 20 minuti tutto era terminato. Ecco la diaria. Prima giornata: — vomito durante la notte e che si mantiene anche questa mattina, dolori al ventre, che è pianeggiante, polso buono (88 pulsazioni). — Respiro 24. — Temperatura 38°. — Fisionomia composta.

Seconda giornata: — Persiste il vomito di materia liquida e i dolori al ventre. La temperatura è discesa al normale. — Pulsazioni 79. — Respiro 22. Le cose proseguono in questa maniera anche nei giorni successivi. Soltanto in quarta e quinta giornata si ha il massimo di intensità del vomito. In settima giornata si tolgono parte dei punti. In ottava si tolgono i rimanenti. La cicatrice è avvenuta di prima intenzione. Il vomito e i dolori addominali vanno mano a mano scomparendo fino a cessare del tutto, tanto che il 13 Gennajo se ne tornò guarita a casa sua.

Osservazione III.

Tartagni Cesira, di anni 39, nubile, fu ricoverata nella Clinica Ginecologica il 22 Gennaio del 1887. Ha condotto vita abbastanza tranquilla, non ha durato fatiche di sorta. Se si eccettuano gli esantemi proprii dell'infanzia e una pneumonite con miliare nei primi anni della sua vita, lo stato di salute si è mantenuto sempre buono. Fu mestruata la prima volta regolarmente a 16 anni. Fra la prima e la seconda mestruazione decorsero tre mesi. Poi ricominciò il suo corso normale fino a tre anni or sono. Da quest'epoca in poi, ella dice per una paura, la mestruazione si fece tanto abbondante da acquistare il carattere di vera menorragia che si protraeva oltre il tempo consueto accompagnata da dolori tanto

forti da costringerla a guardare il letto. In quest' ultimi tempi al dolore si è associato il vomito, ed una tensione del ventre che le reca disturbo. Da circa un anno si è accorta della presenza di un tumore nella regione uterina. Quando la donna fu ricevuta in clinica provava una debolezza generale. Era molto dimagrata, tanto che il pannicolo adiposo era ridotto a zero, masse muscolari flaccide, polsi filiformi. All'esame diretto si trovano i genitali esterni quali in una nullipara, ben conformati ma un po'congesti. La vagina, con l'esplorazione, si avverte raccorciata, e che l' utero è sede di un tumore grosso quanto una testa di feto a termine, e che occupa quasi in totalità l'escavazione pelvica. Si sente che questo tumore ha preso sviluppo sulla parete antero-laterale destra dell' utero, ed ha spinto in basso il collo facendolo ruotare dall'avanti all' indietro, dimodochè il suo orificio esterno si trova nel fornice posteriore e difficilmente si arriva a sfiorare col dito. Al disopra della sinfisi pubica il tumore presenta una superficie bernoccoluta. Con lo speculum non si giunge a mettere allo scoperto il collo, e per conseguenza non si può fare l'esame con la sonda. Fu sottoposta la donna ad una cura ricostituente ed il 22 Febbraio fu fatta la castrazione. Questa riuscì oltremodo laboriosa per le difficoltà incontrate. Aperto il ventre si presentarono alla ferita due tumoretti del ligamento largo sinistro, grossi quanto una nocciuola che erano muniti in principio di un unico peduncolo, poi di due, per essersi il primo dicotomizzato. Si riconoscono per due fibromi e si escidono. Si cerca l'ovaio sinistro, si stringe il suo peduncolo e quindi, con tutte le cautele che si usano nella Clinica Ginecologica, si affonda. Non potendo padroneggiare l' utero convenientemente per essersi affondato nello scavo, con un dito in vagina si spinge in alto, ed allora si viene ad osservare un altro

tumore fibroso sorgente con corto e grosso peduncolo dal fondo uterino: il tumore era grosso quanto un uovo. Nei maneggi questo tumore venne stirato e il peritoneo che rivestiva il suo peduncolo lacerato, quindi emorragia piuttosto imponente che richiese mille espedienti per frenarla. Altra difficoltà si ebbe nel trattare convenientemente l'ovaio destro per affondarlo, essendo sportato posteriormente per la rotazione subìta dall'utero, e per avere un peduncolo cortissimo. Finalmante dopo un'ora e un quarto si potè chiudere la ferita addominale.

Dalla diaria dopo l'operazione si rileva che qualche tempo dopo l'atto operativo incominciò il vomito che si mantenne fino all'ottavo giorno subendo leggere variazioni d'intensità nei diversi giorni. In terza giornata cominciò la metrostassi. Abbondante in principio andò mano mano diminuendo tanto che in nona giornata se ne trovano appena tracce. Il bolo isterico la tormenta notte e giorno. Il ventre piano fino in terza giornata, da questo punto cominciò a tumefarsi e a dare dei dolori. La temperatura massima è di 37,5. In sesta giornata si tolgono parte dei punti della sutura addominale. In settima si toglie il resto. Nella notte dal sesto al settimo giorno il vomito avendo assunta una veemenza insolita, alla mattina si trova la ferita aperta in tutta la sua lunghezza e nella sua porzione esterna, giacchè al fondo l'adesione era completa. Si pongono nuovamente tre punti, uno superiormente, uno inferiormente, uno al punto di mezzo della ferita. Da quell'epoca in poi il vomito andò scomparendo, e la ferita celermente cicatrizzando tanto che il 16 Aprile la Tartagni lasciò in buona salute la Clinica.

Osservazione IV.

Il 2 Marzo 1887, fu accolta in questo Istituto Ginecologico Brilli Assunta di 29 anni, nubile, serva. Le

comparve a 16 anni la mestruazione. Si mantenne irregolare sempre, seguita da scolo leuccorroico piuttosto abbondante. Ebbe una gravidanza normale, e un parto fisiologico nel mese di Ottobre del 1884. Da piccola ebbe il vajuolo e un artrite reumatica che le si ripetè anche dopo il parto. Ha sofferto di catarro gastrico che le ha dato periodi di vomito molto prolungati. Questa donna è stata quattro volte in questa Clinica presentando i seguenti fenomeni: — dolori al ventre che si esacerbavano ad ogni epoca catameniale — vomiti, rari però, ma costanti, in questa epoca — dolori di capo, dolori all'epigastrio, bolo isterico, senso di peso al perineo. Il ventre, anche nei periodi di calma dell'ovaja, si tumefà solo che lo si tocchi con la mano. Si tentano tutte le cure possibili. Stanca la donna di soffrire tornò l'ultima volta in Clinica allo scopo di farsi operare.

Il 19 Marzo 1887 a ore nove e mezzo ant. previa cloronarcosi si procedette alla castrazione. L'operazione non offerse che qualche difficoltà nella estrazione dell'ovaio destro che essendosi portato posteriormente, aveva contratto delle adesioni con il peritoneo dello spazio del Duglas e all'inserzione uterina della tromba. In questo punto, durante le manovre, avvennero delle lacerazioni che davano sangue, che richiese qualche tempo per farlo cessare. Ricondotta la donna nel suo letto passò il rimanente della giornata alquanto bene non essendo disturbata che da poco vomito e da qualche dolore addominale.

La notte invece la passò dormendo pochissimo essendo aumentato il vomito ed essendo sopraggiunto un po'di spasmo esofageo. Il ventre è trattabile, il polso è buono, la fisionomia composta. Dal primo giorno dopo l'operazione cioè dal 20 Marzo in poi i vomiti cominciarono a farsi ostinati, quantunque il ventre si mantenga pianeggiante e non sianvi dolori. — Il polso è buono

come pure la fisionomia. — È in terza giornata che ai vomiti cominciano ad aggiungersi i dolori del ventre e questo a tumefarsi. Non vengono emessi nè gas nè feci. Questi fenomeni aumentano gradatamente fino a che in sesta giornata per il soverchio meteorismo si pungono gli intestini con un trequarti finissimo onde dare adito ai gas intestinali. Si somministrano 2 gocce di olio di Croton per bocca. Il polso si mantiene buono e la fisionomia, come al solito, composta. Le condizioni della donna si mantengono invariate, fino in quattordicesima giornata. Si ripetono quotidianamente le punture per l'emissione dei gas. Si amministra giornalmente 2 centigrammi di morfina per iniezione ipodermica (una puntura la sera, una la mattina). Dubitando che il vomito incessante o tormentoso avesse potuto intralciare il normale progresso della ferita addominale, si attese al primo Aprile a togliere i punti. Malgrado tale precauzione si ebbe la brutta sorpresa, quando si tolsere, di vedere i labbri della ferita allontanarsi spontaneamente, per non essere avvenuta l'adesione altro che nelle parti più profonde. Da quest'epoca in poi lo andamento della donna andò regolarizzandosi tanto che il 25 Maggio potè lasciare questa Clinica in buone condizioni.

ECHINOCOCCO ENDOGENO DELLA MILZA

ESCISIONE DELLA CISTI COL METODO LINDEMANN

ALCUNE CONSIDERAZIONI
INTORNO ALL'ERNIA ADDOMINALE CONSECUTIVA A LAPAROTOMIA
A PROPOSITO DI UNDICI LAPAROTOMIE

PRATICATE

DAL DOTT. E. FASOLA

LIBERO DOCENTE DI OSTETRICIA ED AIUTO PROFESSORE

Comunicazione fatta alla Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia in Genova l'anno 1887.

Continuazione e fine. V. pag. 1-28. Gennaio del 1888

7°. *Cistoma proliferante dell'ovaio sinistro e peritonite subacuta. — Ovariotomia.*

Vitartali M., di 32 anni, maritata, maestra elementare, entrava in clinica il 30 Luglio 1887. Mestruata a 13 anni, con successive mestruazioni regolari fino al di nove Maggio, in cui comparve l'ultima: un parto abortivo, senza causa a lei conosciuta, nel Gennaio ultimo scorso. Solo dopo l'aborto la paziente si era accorta di un tumore nel ventre, che crebbe poi con rapidità, tanto da acquistare da quel momento ad oggi il triplo del volume. Alla sua entrata in clinica essa si mostra profondamente anemica ed emaciata; gli occhi infossati; la fisionomia sofferente. Nulla di notevole al torace; ventre arcuato, emisferico; cicatrice ombelicale sporgente; dilatate le vene sottocutanee; numerose smagliature di data antica e di data recente, nei quadranti inferiori. Fluttuazione

distinta in tutto l'ambito addominale; deprimendo la parete addominale, nella regione ombelicale, si sente un tumore ovalare, a massimo diametro longitudinale, a superficie irregolare, di consistenza pastosa. Detto tumore arriva in alto a circa 4 dita trasverse sopra il bellico, e ai lati invade le fosse iliache, estendendosi maggiormente a sinistra: è mobile, e come palleggiante. Ottusità sopra quasi tutta l'area addominale; ai fianchi si ha sonorità timpanica, facendo decombere la donna sul fianco opposto a quello che si percote. I genitali esterni sono sani; la vagina è liscia, ampia; l'utero è spinto alquanto indietro e a destra, ed è poco mobile; attraverso il fornice di sinistra si sente la parte inferiore del tumore addominale: ha superficie irregolare, e la pressione anche leggera vi determina dolore.

La misurazione addominale, fatta il 3 di Agosto, dà i seguenti risultati:

Distanza xifo-pubica (nastro)	ctm.	46
» pubio-ombelicale	»	23
» dal bellico alla S. I. A. S. D.	»	23
» » » » S.	»	25
Circonf. addom. al bellico	»	98
» sottombelicale	»	96
Diametro longit. del tumore	»	37
» trasv. »	»	45

Lo stesso giorno veniva praticata una puntura esploratrice ed evacuatrice sulla linea alba, a sei centimetri sotto il bellico, e venivano estratti sei litri di liquido sciolto, giallognolo, ricco di albumina, con peso specifico 1017. La puntura della massa apparentemente solida dava esito a poche goccie di sangue misto a liquido sieroso. Lo stesso risultato si ottiene da una seconda puntura evacuatrice praticata il dì 17 Agosto, e dal complesso dell'osservazione si veniva nel concetto diagnostico di cisto-sarcoma ovarico, piuttosto che di cistoma proliferante complicato con ascite, come si trovava invece al tavolo operativo. La ovariotomia veniva

praticata dallo scrivente il 19 Agosto, alle ore 9 ant., nell'anfiteatro della clinica, alla presenza di parecchi colleghi inscritti al corso pratico di perfezionamento. Cloroformizzava il Dott. Fermi; mi coadiuvavano i dottori assistenti Martinetti e Sani. L'incisione della parete addominale è stata fatta strato a strato, e cadde fra i muscoli retti, che non furon lesi; è lunga 12 ctm., e termina in basso a sei centimetri sopra il pube. Aperto il cavo peritoneale, fuoruscì buona quantità di liquido ascitico, più denso di quello ottenuto colle punture precedenti, più colorato per sangue effuso, con molti fiocchi fibrinosi. Il tumore, cistoma proliferante dell'ovaio sinistro, è costituito da molte loggie, di varia grandezza, la maggior parte piccolissime; in alto arriva alla regione gastrica sul mezzo, e alla epicolica a sinistra; occupa la fossa iliaca di sinistra, e parte di quella di destra. Ha valide aderenze col peritoneo parietale, e valide ed estese con l'omento. A destra e a sinistra della ferita addominale si legano parecchie briglie di aderenza, e si escidono: nel tentativo di estrarre il cistoma, questo, che ha pareti friabili, si rompe; lo stesso avviene nel tentativo di estrarlo afferrandolo internamente per rovesciarlo, e le pareti, molto vascolarizzate, danno sangue. Per ciò si applica tosto un doppio nodo, a fili incrociati, sul peduncolo, e l'emorragia è arrestata; quindi si mette un laccio incrociato ad una larga briglia di aderenza con l'omento; finalmente si escide questa, e il cistoma dal suo peduncolo. L'ovaio di destra è un po'grosso ma apparentemente sano, e non è asportato. Generosa lavatura del cavo peritoneale con acqua bollita e fenicata, all'uno per cento. Nello spazio del Douglas si nota una vasta placca di essudato peritonitico, che si distacca facilmente mediante batufoli di cotone rivestiti da garza al deuto-cloruro. Nel regolarizzare il peduncolo del cistoma si scorge che l'emostasi non è perfetta, e si applica un secondo laccio a doppio filo, col quale si stringono

altri due nodi incrociati, al di sotto dei primi: si cauterizza col termocauterio del Paquelin la superficie di esso peduncolo, e la superficie delle briglie di aderenza state legate: infine si applicano e si stringono dieci nodi di sutura addominale, e si fa la solita medicatura, che viene ricoperta da un sacchetto imbottito di pallini di piombo.

L'atto operativo, compresa la cloroformizzazione, ha durato 50 minuti: la paziente si sveglia poco dopo dal sonno cloroformico in ottime condizioni (1). Andamento regolarissimo nella guarigione successiva: venti ore dopo la operazione, si ha un leggiero rialzo termico, con un massimo a 38,2: poche ore dopo la temperatura discende alla norma, per mantenersi sempre tale. Non un conato di vomito: nessuna traccia di metrostassi. In sesta giornata si cambia per la prima volta la medicatura: in decima si tolgono i punti di sutura addominale: in quattordicesima la donna si alza da letto, e il 1° Settembre, ventidue giorni dopo l'ovariotomia, lascia la clinica perfettamente guarita. La cicatrice addominale è assai regolare, e non vi ha traccia alcuna di ernia in nessun punto di essa. Lo stesso si verifica ai primi di Dicembre, che vedo nuovamente la operata, molto bene stante, e arrotondata nelle forme.

8°. *Fibroma della parete anteriore dell'utero. Ovarosalpingiectomia.*

Manetti Assunta, di anni 23, nubile, sarta, fu ammessa nella clinica Ginecologica il 2 Agosto 1887.

Mestruata a 16 anni, d'allora in poi ebbe le mestruazioni regolari nel periodo di ritorno, ma abbondanti,

(1) La parte solida del tumore cistico esportato pesa 2750 grammi; il liquido ascitico, misto al liquido cistico raccolto, misura otto litri.

della durata di nove o dieci giorni, precedute da dolori al basso ventre.

Nella fanciullezza ha sofferto ripetute bronchiti, accompagnate qualche volta da espettorazione sanguigna. A tale malattia è soggetta anche la madre, tuttora vivente.

Da circa quattro anni, dopo un parto avvenuto in modo naturale, a termine, è soggetta a dolori alla regione lombo-sacrale e al basso ventre; dapprima lievi, man mano si sono fatti più vivi e talora tanto forti da obbligarla a letto e renderla inetta alle sue occupazioni ordinarie.

Le mestruazioni, regolari per il periodo di ritorno, si fecero copiosissime, della durata di 12, 13 giorni, e seguite da abbondante leucorrea.

Perdita dell' appetito, prostrazione marcata, cardiopalmo, dolori alla regione iliaca destra, i quali da più di un anno obbligavano la paziente quasi continuamente in letto.

I rimedii principali a cui aveva ricorso, nei momenti più gravi, erano il ghiaccio applicato esternamente, e l'ergotina data internamente.

All' esame obiettivo si trova nulla di anormale ai genitali esterni. La vagina poco ampia, il collo dell' utero, grosso, è portato all' indietro. Sulla parete anteriore dell' utero, verso destra, si sente un tumore pastoso, grosso poco meno di un mandarino.

La sonda introdotta nell' utero devia a destra anteriormente, e penetra per il tratto di 8 ctm.

Il 3 Agosto, comparsa una metrorragia, fu praticato una iniezione intra-uterina di tintura d'iodo e uno zaffo vaginale; il 6 Agosto, continuando l' emorragia, fu fatta la dilatazione forzata del collo con laminaria, e una iniezione intrauterina di percloruro di ferro.

Cessava in seguito la perdita sanguigna per riapparire pochi giorni dopo; i dolori quasi costanti richiedevano iniezioni ipodermiche di morfina; infine la povera

donna, stanca di tante e sì lunghe sofferenze, accettava di buon grado la proposta di un intervento chirurgico, pur di essere sollevata. Veniva determinato di praticare la ovaro-salpingiectomia e frattanto si sottoponeva la paziente ad una cura tonico-ricostituente.

Il 1° Ottobre 1887, a ore 10 antim., nell'anfiteatro della scuola preparata *more solito*, fu praticata dallo scrivente la operazione proposta.

La cloronarcosi fu completa, senza inconvenienti, fino al termine. La incisione delle pareti addominali fu fatta sulla linea mediana; lunga 6 ctm., parte da un dito trasverso al disotto della cicatrice ombelicale, e arriva fino a tre dita trasverse al disopra della sinfisi del pube. Il taglio cadde nello spazio compreso fra i due muscoli retti anteriori, in modo che non fu prodotta nessuna lesione muscolare. Gli strati sottostanti, fino al peritoneo, furono incisi sulla guida della tenta. Fatto un occhiello nella sierosa sollevata con un uncino, sulla guida delle dita essa viene tagliata colle forbici per tutta la lunghezza della ferita. Messi ai due angoli di questa due punti di seta, per impedire lo scollamento del peritoneo, fu introdotta la mano nel cavo addominale per la ricerca e la estrazione delle ovaia. La ricerca dell'ovaio destro non fu difficile; portato allo esterno colla relativa tromba, se ne stringe il peduncolo con un Klemmer. Indi passato un doppio filo di seta di Firenze assai resistente, viene stretto il peduncolo al modo solito, con doppio nodo, ad anse incrociantesi; con il coltello del Paquelin viene escisa la parte soprastante; e con batufoletti di cotone al deutocloruro è ripulita e disinfettata la superficie di escisione.

Anche l'ovaio e la tromba sinistra si estraggono con facilità; si afferrano e si escidono nella stessa maniera.

La emostasi è perfetta; si tagliano i capi dei lacci, e si affondano i peduncoli. Fatta un'accurata ripulitura della cavità peritoneale, si passano 6 punti profondi di sutura

addominale, e, prima di stringere i nodi, si lavano i fili con una soluzione di sublimato, e si cura attentamente che avvenga un completo affrontamento dei due lembi del peritoneo inciso.

Sulla ferita viene collocata una larga medicatura listeriana, e sopra a questa un cuscinetto ripieno di pallini di piombo, del peso di 2200 grammi.

La operazione durava 35 minuti; la operata allo svegliarsi dal sonno cloroformico veniva presa da vomito, che cessava in seguito ad un' iniezione sottocutanea di morfina (2 ctgm.). L'ovaio destro è grosso, e pesa 15 grammi; sulla sua superficie si notano piccole cisti, che, incise, lasciano fluire un liquido trasparente e denso.

L'ovaio sinistro è più piccolo; pesa 10 grammi, ed è coperto da un leggero essudato.

La guarigione dell' operata procedette molto regolare. La donna nei primi tre giorni dopo la operazione fu molestata da qualche vomito, e da dolore in corrispondenza della ferita: due iniezioni di morfina valsero a portare discreta calma.

Vi fu elevazione della temperatura al primo, al terzo e al quinto giorno dalla operazione, segnando il termometro all'ascella un massimo di 38,7 al terzo giorno.

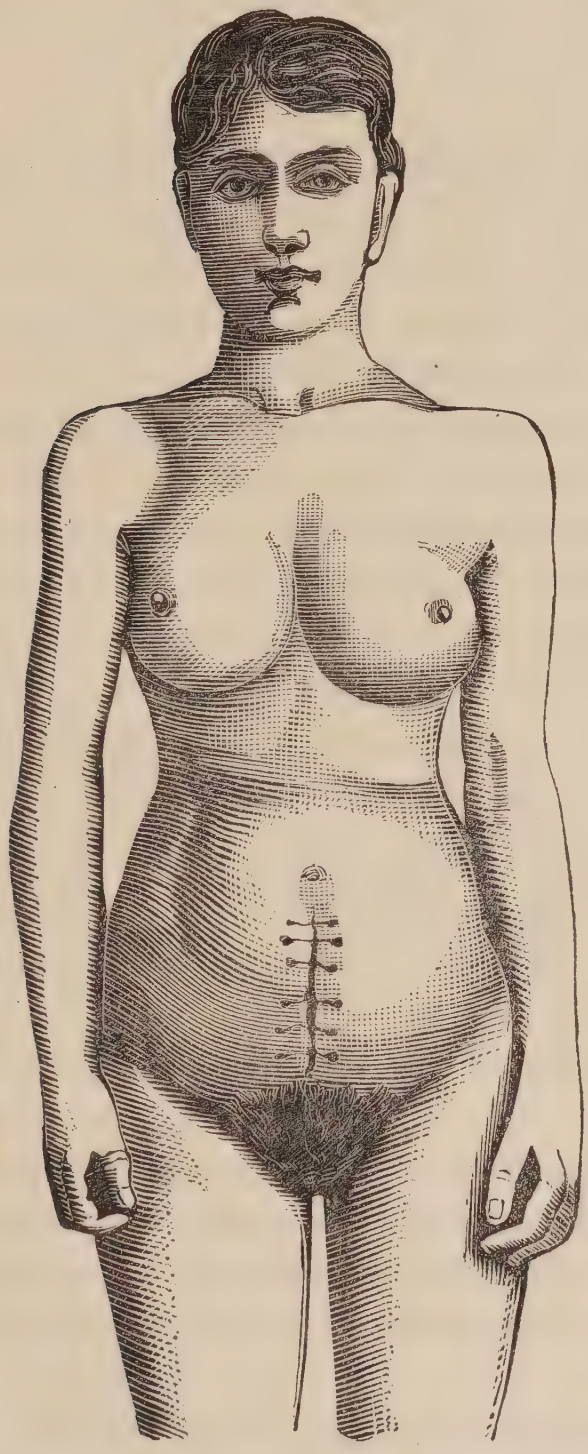
Al quinto giorno incominciò scolo di sangue dai genitali (metrostassi) che durò in discreta quantità tre giorni, non mai accompagnato da alcun dolore.

In settima giornata fu cambiata la medicatura, e la ferita si presentò bellissima. Tre giorni dopo furono tolti i punti di sutura addominale, e fu rimessa la medicatura. Il 23 Ottobre l'operata cominciò ad alzarsi da letto.

Fra il 26 ed il 31 Ottobre, epoca in cui avrebbe dovuto avere la mestruazione, la donna sofferse dolori al ventre, senso di smania, cefalea e insonnia; ma tali sofferenze non furono mai della intensità colla quale la tormentavano prima. Non vi fu alcuno scolo sanguigno dai ge-

nitali. Trascorsa quest'epoca, passò assai bene il resto del tempo.

Il 25 Novembre la cicatrice si presenta molto solida e regolare, come appare dalla figura quivi annessa.



L'angolo superiore dista circa 3 centimetri dall'ombelico; la estremità inferiore dista 5 centimetri e mezzo dal margine superiore della sinfisi pubica. La lunghezza della cicatrice è di 9 ctm.; non si ha nessuna traccia di ernia in nessun punto della sua lunghezza.

9°. *Cistoma colloideo dell'ovaio destro Ovariotomia unilaterale.*

Assunta Brunetti, di anni 18, nubile, sigaraia, fu accolta in Clinica il 10 Settembre 1887.

Ebbe un'unica mestruazione dal 23 al 26 Settembre 1886, senza disturbi notevoli. Nella infanzia fu malata di vaiuolo e di scarlattina.

Sei mesi prima dell'entrata in Clinica notò una piccola intumescenza, indolente, nel quadrante inferiore di destra, la quale andò crescendo rapidamente, specie negli ultimi due mesi. Era sede di dolori lancinanti, spontanei e accentuati dalla palpazione. Mai leucorrea; nessun disturbo che si potesse riferire a lesione degli organi urinarii e intestinali. Dolori al capo, specialmente verso sera, sete viva, senso di malessere e prostrazione di forze. Il ventre si era fatto dolente anche al disopra della cicatrice ombelicale.

Il 13 Settembre 1887 fu proceduto allo esame addominale. Alla ispezione fu trovato: ventre uniformemente tumido; cicatrice ombelicale lievemente rilevata; vene addominali manifeste; linea medio-addominale alquanto pigmentata.

Alla palpazione: tumore mammellonato, sopratutto a destra, tre dita sopra alla cicatrice ombelicale; è cedevole e dà al tatto un senso di scricchiolio, manifesto anche al fianco sinistro; fluttuazione non ben chiara; palpando si risveglia dolore.

Alla percussione; ottusità che arriva in alto fino a due dita trasverse al disotto dell'appendice xifoide; ai lati fino ad una linea verticale che passa per le spine I. A. S.

All'ascoltazione si sente il polso dell'aorta trasmesso attraverso il tumore.

La misurazione addominale fu praticata due volte con intervallo di 13 giorni, e si ebbero i seguenti risultati:

	15 SETT.	28 SETT.
Circonferenza del tumore al bellico	85	87
» » sottombelicale	83	85
Semicirconf. longitud. del tumore	29	30
» trasversale	30	33
Dal bellico alla S. I. A. S. sinistra	22	22
» » destra	21	21
Distanza xifo-pubica	39	38
Diametro longit. del tumore	22	24
» trasversale »	22	25
Distanza pubio-ombellicale	»	19

I genitali esterni sani; non fu praticato alcun esame della vagina, perchè l' imene era intatto, con orificio molto stretto.

Le condizioni generali della inferma sono scadenti; tessuti flaccidi, quasi atrofici; deficiente, quasi mancante il pannicolo adiposo; anemia grave, continuo senso di spossatezza.

Il 16 di Settembre fu praticata una puntura esploratrice ed evacuatrice nel tumore, e si estrassero circa due litri di liquido colloideo, di color citrino scuro.

L'ago del trequarti infitto nel tumore si moveva liberamente in una cavità, e poi urtava contro masse solide, le quali, punte, non davano liquido di sorta.

Il 2 Ottobre furono estratti tre litri di liquido coi caratteri del primo.

Il dì 5 Ottobre 1887, nell'anfiteatro della clinica, fu eseguita dallo scrivente l'operazione. Questa ebbe principio a ore 10 ant., e terminò alle ore 10 e 45 minuti. A causa delle condizioni generali della ragazza, la cloronarcosi non venne spinta troppo oltre.

Ripulite accuratamente le pareti addominali, si fa l'incisione lungo la linea mediana, sulla guida della linea pig-

mentata. Incisi i primi strati, si cade esattamente nello spazio intermuscolare. S' incidono col coltello gli strati rimanenti fino al peritoneo, nel quale si pratica un occhiello per tagliarlo a colpi di forbice in tutta la lunghezza della ferita. Agli angoli di questa si mettono i due soliti punti, per impedire lo scollamento del peritoneo.

La lunghezza della ferita è di circa 15 ctm.; parte dalla cicatrice ombellicale e termina tre dita trasverse al disopra della sinfisi del pube.

Introdotta la mano tra la parete del tumore e la superficie interna dell'addome, si avvertono, specialmente a sinistra e in alto, molte aderenze lasse, che si staccano con molta faciltità. In alto però si avverte che il margine dell'omento è quasi tutto aderente al tumore. Con la cannula si cerca di vuotare il cistoma, ma, per le moltissime loggie e la densità del liquido, è impossibile di vuotarlo con questo mezzo; percui, aperta la parete del cistoma e introdottavi la mano, vengono rotte e tolte violentemente varie concamerazioni, fino a che il tumore, ridotto molto di volume, può esser portato fuori della ferita addominale. A questo punto si distaccano le aderenze coll' omento, che dà molto sangue.

Perciò si passa subito un doppio laccio con l'ago del Deroubais, e così, incrociando i fili, si legano due segmenti di una porzione di omento aderente; se ne stringe poi, con un nodo circolare, un'altra porzione rimanente.

Fatto questo, si può estrarre tutto il cistoma, che è dell'ovaio destro ed è aderente a tutto il margine libero del legamento largo omonimo, i cui foglietti sono in parte sdoppiati. Per tali condizioni il peduncolo risulta assai voluminoso, piatto ed esteso in larghezza; esso viene legato ed esciso col Paquelin al modo solito.

Lavato accuratamente il peritoneo con abbondante soluzione fenicata, e chiusa con otto punti di sutura profonda la ferita addominale, a ore 10 e 45 minuti viene

applicata la medicatura Listeriana coperta da un coltroncino di pallini di piombo.

È da notare che tutto l'atto operativo fu dovuto compiere in gran fretta a causa delle condizioni generali, e del circolo sanguigno, molto inquietanti.

La convalescenza per dieci giorni di seguito procedette regolarissima. La ragazza fu, nella notte seguente al giorno dell'atto operativo, molestata da vomito e da dolore nella regione sacrale, e alla sera del secondo giorno ebbe un lieve rialzo di temperatura (38°,3), che durò poche ore.

In quinta giornata fu cambiata la medicatura e fu trovato il *protective* un po' intriso di sangue.

In decima giornata furono tolti i due punti degli angoli, e cinque della sutura addominale.

Circa le 11 pom. dello stesso giorno, dopo un disordine dietetico, la ragazza fu colta da brividi di freddo seguìti da rialzo termico (38°), e il giorno dopo, in corrispondenza del peduncolo dell'omento, verso la base della parte destra del torace, si manifestò un dolore vivo ed una tumefazione avente un diametro di cinque ctm. circa. Il giorno seguente la paziente fu presa da vomito di materie alimentari. Esaminato di nuovo il ventre, si nota più manifesta la resistenza nella regione dolente, data da un tumore assai sensibile alla palpazione, che sporge al disotto dell' ultima costa per circa 6 ctm., ed è della larghezza di 5: esso tumore non si continua con la cicatrice addominale. In dodicesima giornata furono tolti i rimanenti punti di sutura addomi nale, e si vide non avere la ferita perduto niente del suo bell'aspetto.

Per pochi giorni vi furono temperature elevate, specialmente alla sera, raggiungenti un massimo di 39°,5. Al sedicesimo giorno dalla operazione la febbre scomparve insieme ai dolori locali, e il tumore, scemando a grado a grado, scomparve pure in poco tempo.

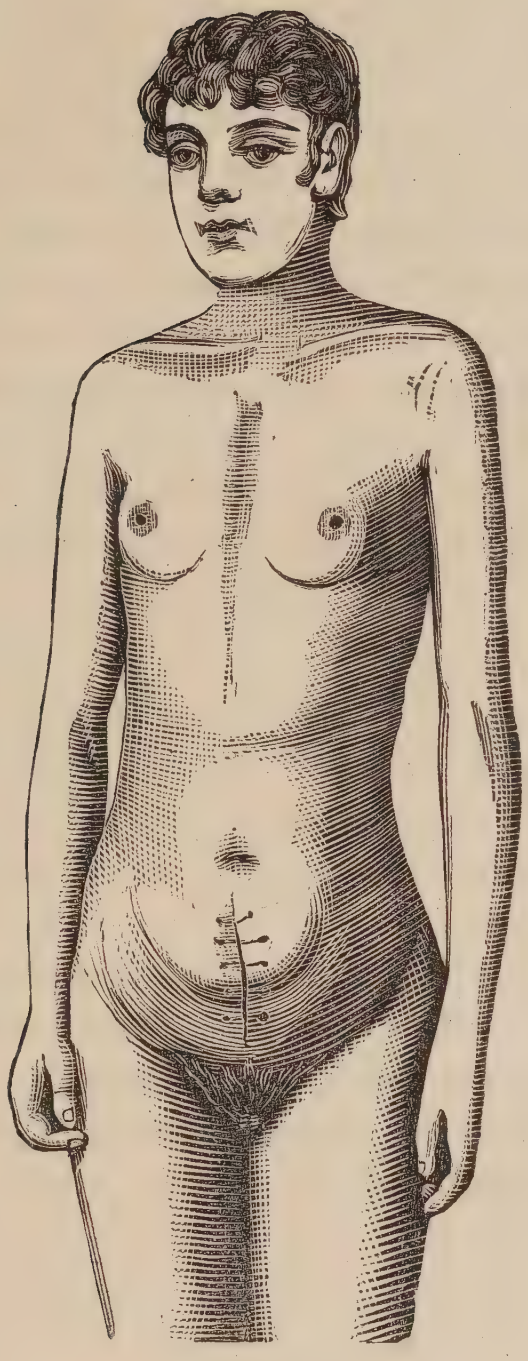
Trentatre giorni dopo la operazione la ragazza stava

benissimo ed aveva cominciato ad alzarsi qualche ora del giorno, quando, cedendo di nuovo al grande appetito che aveva acquistato, commise un secondo disordine dietetico al quale tenne dietro elevazione di temperatura e riaccensione del dolore assai vivo, col manifestarsi daccapo della tumefazione nello stesso luogo di prima, cioè in corrispondenza del peduncolo dell'omento.

La febbre e i dolori vivi durarono sei giorni; si calmarono e scomparvero poi, e la tumefazione si dileguò assai rapidamente.

Tanto la prima che la seconda volta tutta la terapia instituita per combattere quest'accidente consistette in applicazioni locali di ghiaccio, ed in qualche iniezione ipodermica di morfina.

La ragazza al presente (fine di Novembre) sta ottimamente, mangia con appetito, ha ripreso un aspetto assai florido, e comincia a passeggiare senza il più piccolo inconveniente. La cicatrice addominale è molto regolare come appare da questa figura. In alto parte dal margine



superiore dell'ombelico, e si estende in basso per un tratto di dieci centimetri. Il margine inferiore dista di sei centimetri dal margine superiore della sinfisi pubica. Nessuna traccia di ernia in nessun punto della medesima.

L'ernia addominale, consecutiva a laparotomia, si forma sopratutto a livello dell'angolo inferiore della ci-

catrice, ed è più frequente, scrivono Hegar e Kaltenbach, (*Traité de Ginecologie operatoire*, traduzione del Dottor Paul Bar, 1885, pag. 244) di quello che lasciano credere i casi sparsi, pubblicati dagli operatori. Essa è frequente anche nella clinica ostetrico-ginecologica di Firenze, diretta dal Prof. Chiara. Si mostrò, benchè molto tardi, a distanza dall'atto operativo, in quattro operate di taglio cesareo, col metodo, Porro nel 1885 e 1886; non, invece, in due operate col metodo Sänger (Giugno 1886 e febbraio 1887), in cui la ferita addominale guariva per prima intenzione, e l'angolo inferiore della incisione distava 6 ctm. dal pube. Si mostrò nella grande maggioranza dei 28 casi di ovariotomia praticata per cistomi proliferanti; in molti dei 25 casi di ovaro-salpingectomia; in non pochi casi di laparotomia per altra indicazione: notevole un caso di ovariotomia per cistoma colloideo, in cui l'ernia si formò al margine esterno del muscolo retto, dove erasi lacerato il peritoneo, e era stato applicato un tubo di drenaggio.

In un articolo, scritto nel fascicolo del Gennaio 1887 del *Giornale Americano di Ostetricia*, del Dott. Wylei di New-York, si parla dell'ernia consecutiva a laparotomia, e, prima di descrivere il processo operativo per curarla, processo che differenzia da quello proposto e praticato dal Simon e dall'Hegar, l'autore accenna alle cause probabili di essa, e propone a scopo preventivo la incisione delle pareti addominali sulla linea mediana, senza ledere i margini dei muscoli retti; propone di ravvicinare esattamente i margini della ferita addominale con numerosi punti di sutura, avendo cura di stirare l'omento in basso, dietro la ferita; di diminuire, al caso, la quantità di tessuto adiposo con una terapia speciale, prima di procedere alla laparotomia; di evitare il meteorismo mediante somministrazioni di purganti già nelle prime ore dopo l'atto operativo, ecc.

Le osservazioni raccolte nella clinica di Firenze mostrano che l'ernia si è fatta all'angolo inferiore della cicatrice addominale, in vicinanza del pube, nel tratto che corrisponde al terzo inferiore della zona pubio-ombelicale; che essa non si è fatta nelle osservazioni sopra riportate e segnate col n°. 4, 5, 6, 7, 8 e 9, in cui appare che l'angolo inferiore della cicatrice dista di parecchi ctm. dal margine superiore del pube (4 ctm. in meno, 6 ctm. in più). Il fatto potrebbe trovare qualche ragione nella vicinanza dell'angolo inferiore della ferita alla vescica, soggetta per funzione a cambiare di volume, a stirare, a smuovere il peritoneo parietale anteriore mano mano che viene distesa dall'urina, che vi si raccoglie; nella struttura particolare della parete addominale in quella regione dove i muscoli retti alla faccia interna sono sprovvisti delle aponeurosi del piccolo obliquo e del trasverso. Se così fosse, buona pratica per prevenire l'ernia sarebbe quella di fare la insione addominale, tenendone l'angolo inferiore distante dal pube per quanto è possibile e conveniente nei singoli casi; di vuotare frequentemente la vescica nei primi giorni consecutivi all'atto operativo. La costanza del risultato nei casi riferiti, in cui di animo deliberato si sono seguite queste norme, compensa in parte il numero ristretto di osservazioni (1): non mi pare inopportuno, nè privo di interesse, il richiamare alla vostra attenzione, e sottoporre al vostro autorevole giudizio la pratica sovrannunciata.

(1) *N. B.* Le osservazioni segnate col n. 7, 8, e 9 sono di data posteriore all'epoca dell'adunanza della « Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia in Genova. »

MOVIMENTO CLINICO

DEL

R. ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI FIRENZE

DURANTE L' ANNO 1887

SEZIONE OSTETRICA

Interruzioni artificiali della gravidanza	a scopo medico	n. 14
	a scopo ostetr.	» 12
	Totale	n. 26
Eclampsia		n. 6
Placenta pervia		» 10
Accidenti non puerperali		» 0
Estrazioni manuali		» 12
Versioni		» 6
Applicazioni di forcipe	allo stretto super.	n. 7
	nello scavo	» 23
	allo stretto infer.	» 18
	Totale	n. 48
Embriotomie sul capo		n. 4
» *sul tronco*		» 0
Rotture dell' utero		» 0
Taglio cesareo		» 1
Secondamenti artificiali		» 3
Sinfisiotomie		» 0
Parti	*abortivi* natur.	n. 16
	abortivi artific.	» 3
	premat. natur.	» 92
	premat. artific.	» 13
	a term. natur.	» 335
	a term. artific.	» 65
	Totale	n. 524
Idem	*gemelli*	n. 5
Morte	processi infettivi	n. 5
	malattie comuni	» 10
	accidenti	» 3

Esistenti al 31 Dicembre 1887

Gravide sane	n.	23
» malate	»	2
Puerpere sane	»	8
» malate	»	2
Bambini sani	»	3
» malati	»	1

Nota. — A schiarimento del presente quadro aggiungiamo alcune note circa le varie cause di morte.

La malata segnata col num. 35 del registro dell'anno 1887, fu ammessa nell'Ospedale puerpera da due giorni con grave peritonite settica. Furono pure ammesse puerpere, e con la febbre da infezione in corso, le malate segnate coi num. 55 e num. 174. Il num. 192 della Sezione *Illegittime* fu colta nell'Ospedale da *difterite vulvare* al 5° giorno di puerperio. La malata n. 234, gravida al 6° mese, fu portata con cancrena grave di tutto l'arto inferiore sinistro; morì per infezione generale poche ore dopo aver partorito prematuramente.

Le altre malattie furono per la Sezione delle *Legittime:*

Num. 1 — Pleuro-polmonite destra. — Donna morta senza sgravarsi.
» 38 — Cardiopatia organica. — Donna morta 2 giorni dopo il parto che fu artificiale.
» 175 — Tifo petecchiale dopo un parto spontaneo.
» 266 — Tubercolosi polmonare. — Donna morta in 6ª giornata di puerperio.
» 279 — Tubercolosi meningea. — Donna gravida al 2° mese.
» 309 — Pleuro-polmonite destra. — La donna muore dopo avere partorito.
» 348 — Tubercolosi polmonare nel 25° giorno di puerperio.
» 352 — Pneumonite bilaterale. — La donna muore dopo aborto spontaneo al 4° mese.

Per la Sezione *Illegittime:*

Num. 206. — Vaiuolo in puerperio dopo parto spontaneo all' 8° mese.

Gli accidenti furono: 4 casi di eclampsia ed un caso di avvelenamento a scopo suicida.

SEZIONE GINECOLOGICA

Ricoverate.

Per malattie dell'apparato vulvare	n.	7
» della vagina	»	36
» del collo uterino	»	50
» del corpo uterino	»	159
» delle ovaja	»	24
» degli annessi	»	53
» extragenitale	»	71
Totale	n.	401

Rimaste dell'anno 1886..... n. 22

Operate a scopo diagnostico	Laparotomie . . . . . n.	1
	Punture. . . . . »	24
	Totale n.	25
A scopo terapeutico	Laparotomie . . . . . n.	20
	Isterectomie . . . . . »	3
	Elitro-colporafie . . . . . »	4
	Fistole vescico-vaginali. »	6
	Amputazioni del collo . . »	2
	Ablazioni di polipi . . . »	7
	Altre operazioni . . . . . »	140
	Enucleazioni di fibromi. . »	1
	Totale n.	183
Curate medicinalmente	A scopo diagnostico . . n.	1
	» terapeutico . . »	310
	Totale n.	311

Uscite.

Guarite	n. 270
Migliorate	» 65
Stazionarie.	» 48
Morte.	» 16
Totale n.	299

Rimaste dell'anno 1887..... n. 24

Nota. In succinto le cause di morte per queste 16 donne furono le seguenti:

Per le malate segnate nel Registro coi Num. 47, 72, 147, 245, 358, 372 *infezione cancerigna* data da epiteliomi diffusi delle vie genitali; nessuna operazione.

Num. 25 — Enorme *sarcoma* del fondo uterino; morta dopo la operazione per *anemia acuta* causata da imponente emorragia manifestatasi durante l'atto operativo.

» 198 — *Cisto-sarcoma* dei due ovai: estrazione impossibile per le forti adesioni: morta due giorni dopo la operazione.

» 325 — *Sarcoma preperitoneale* della regione ipogastrica morta in terza giornata dopo l'operazione per collasso.

» 78 — *Cistoma ovarico proliferante:* fusione purulenta dell'ovaio sinistro: laparotomia ed ovariectomia; drenaggio addomino-vaginale: morta in 2ª giornata dopo l'operazione per infezione.

» 209 — *Cistoma proliferante* di enormi dimensioni: non operata e morta il giorno dopo la sua entrata in Clinica.

» 162 — *Cistoma dermoideo:* morta non operata di *peritonite acuta* data da rottura spontanea della cisti.

» 150 — *Idrope-ascite; fibroma uterino; cistoma papillare* delle due ovaie: morta in 7ª giornata dopo la ovariotomia doppia per esaurimento nervoso.

Num. 137 — *Fibroma interstiziale* della parete anteriore: laparotomia ed isterectomia: morta a termine dell'atto operativo per sincope cardiaca.

» 229 — *Prolasso vaginale con cistocele e rettocele; ulcerazioni diffuse e difteriche;* nessuna operazione.

» 251 — *Parametrite anulare; peritonite.*

G. Gelli.

RIVISTA

Sull'uso della elettricità per eccitare la funzione della glandula mammaria.

Il metodo adottato dal Dott. Pierron (*V. Revue obstétricale et gynécologique del Marzo 1887*) è il seguente: Egli si serve delle correnti intermittenti date dall'apparecchio volta-faradico di Gaiffe applicato sulla glandula mammaria. Il polo negativo termina in una callotta sferica di rame, il polo positivo in un bottone pure di rame che si trova in tutti gli apparecchi. Applica il polo negativo sotto le mammelle e fa scorrere da principio il polo positivo sul capezzolo e nei dintorni per cominciare coll'eccitare gli orifici della glandula; dopo fa passeggiare questo polo su tutta la mammella, dal centro verso la periferia, spostando nello stesso tempo il polo negativo verso il quale fa sempre convergere il positivo. In questo modo il Dott. Pierron dice di esser riuscito con cinque sole faradizzazioni ad aumentare la quantità del latte in donne che non ne avevano abbastanza per nutrire i loro bambini. Crede però probabile che in altri casi debba occorrere un maggior numero di sedute.

Il Dott. Rémond invece, secondo ciò che scrive Jordanis, (*V. Buletin général de thérapeutique, Luglio 1887*) si serve di un altro metodo che dice avergli assai bene

corrisposto anche in sole quattro sedute. Egli usa un apparecchio volta faradico di Gaiffe a carretto, prendendo l'extracorrente che dà il rocchetto a grosso filo perchè è molta, e nello stesso tempo ha proprietà eccitanti; essa penetra di più ed è meno dolorosa della corrente indotta la quale ha una grande tensione e agisce superficialmente. In questo modo non si eccita la sensibilità, ma senza produrre dolore in una regione così sensibile, si eccita efficacemente la funzionalità della glandula mammaria.

Non usa eccitatori metallici, perchè applicati sulla pelle danno dolore e agiscono superficialmente. Si serve invece come polo positivo di un eccitatore di stagno fatto a foggia di mezza luna, largo 3 ctm., lungo da 16 a 18 centimetri e ricoperto di esca o di pelle: per questa forma esso può modellarsi sul seno: come polo negativo usa un eccitatore di carbone a forma di oliva, ricoperto di esca o di pelle come il positivo.

Tutti e due sono applicati sul petto bagnati di acqua leggermente acidulata; fissa il polo positivo sul seno e scorre l'altro sulla mammella.

Non crede possibile potere stabilire assolutamente la intensità della corrente necessaria, molto più che gli apparecchi volta-faradici non sono graduati, ma si può andare fino a provocare un tremolio del seno avvertito dalla paziente ed analogo a quello che si osserva eccitando un muscolo colla elettricità. Questo non si può ottenere con eccitatori metallici, altro che provocando forti dolori. Il Dott. Rémond stima potersi considerare come limite della intensità elettrica necessaria questo tremolio del seno.

Il Dott. Misrachi di Salonicco in una lettera a Dujardin-Beaumetz *(V. Bulletin Général de Thérapeutique, Settembre 1887)* fa giustamente notare che non è esatta l'asserzione del Jordanis essere l'uso della elettricità come eccitante la funzione della glandula mammaria, una cosa nuova nella elettro-terapia.

È cosa antichissima, egli dice, e la bibliografia medica ricorda un gran numero di osservazioni simili a quella riportata dal Jordanis, da dove appare che non solo si è riusciti ad attivare una secrezione lattea languida, ma a richiamare questa secrezione molti giorni dopo essere scomparsa.

Fa osservare come sia stabilito da molto tempo essere la elettricità capace di eccitare tutte le secrezioni. Brugnatelli e Mojon lo hanno dimostrato, verso la fine del secolo scorso, per ciò che riguarda le glandule salivari; Mantegazza per la secrezione gastrica, ecc. Più tardi Claudio Bernard e dopo lui Onimus hanno dimostrato che per ottenere un aumento nelle secrezioni glandulari bisogna eccitare i nervi sensitivi; allora per una azione riflessa si ha un maggiore afflusso di sangue nella glandola e in conseguenza una maggiore secrezione. Il fatto negli esperimenti riesce tanto meglio quanto più è forte l'eccitazione e mentre le correnti continue danno un resultato poco apprezzabile, la faradizzazione diretta dei nervi sensitivi agisce a meraviglia.

Per quello che concerne la glandola mammaria in particolare il Dott. Aubert de Màcon per il primo pubblicò nella *Gazzetta degli Ospedali,* il 2 Settembre 1856, una osservazione di una secrezione lattea riattivata dopo qualche faradizzazione. Dopo di lui Alfredo Becquerel nel suo « Trattato sulle applicazioni della Elettricità, » anno 1857, pag. 292, pubblicò una osservazione di una secrezione lattea che fu ristabilita undici giorni dopo essere affatto scomparsa.

Nel 1859 Cardens nella sua Tesi inaugurale che ha per titolo « Sulla influenza della elettricità applicata agli organi della secrezione, » pubblicò altri quattro nuovi casi. Dopo gli osservatori e le osservazioni si sono succedute in gran numero. Basta per questo consultare i Trattati di Elettroterapia dello Schivardi, di Onimus e Segros, Tripier, ecc. »

Il Dott. Misrachi cita anche un caso nel quale riuscì a riattivare la secrezione lattea dopo 21 giono che era scomparsa. Egli si servì pure dell'apparecchio a carretto di Gaiffe col rocchetto a filo lungo e fino, ed adoprò come eccitatore uno spazzolino metallico del Duchenne De Boulogne. Dice che quattro ore dopo la prima faradizzazione ricominciò a farsi un po' di secrezione lattea e che dopo quattro sedute fatte in due giorni, la donna assoggettata a questa cura divenne una nutrice eccellente.

Il Dott. Misrachi conclude che per ottenere un effetto quasi sicuro, bisogna agire violentemente sui nervi sensitivi della pelle che ricuopre la mammella, adoprando un eccitatore metallico secco come lo spazzolino di Duchenne che è il tipo, ed una corrente indotta di grande tensione come quella data da un rocchetto a filo lungo e fino. G. Gelli.

False rigidità del collo uterino. — Doleris.

L'Autore nel 1885 aveva pubblicato una memoria che trattava della rigidità del collo uterino in generale, e dello induramento scleroso d'origine sifilitica in particolare. Per gli studi fatti giunse alle conclusioni seguenti:

1°. Avvi un primo modo di resistenza patologica del collo che si oppone agli sforzi delle contrazioni del corpo dell'utero e questo è lo « *spasmo o la rigidità spasmodica.* »

2°. Avvi un secondo modo di resistenza costituita da diversi generi d'alterazione organica del tessuto stesso del collo. Queste alterazioni possono esser date da neoplasmi (fibromi, cancri, sclerosi ipertrofiche ed altro) possono essere d'origine infiammatoria (cicatrici, ingorghi, edem iecc.) In questo secondo gruppo ripone anche la sclerosi sifilitica.

3°. Vi sarebbe anche una terza varietà, propria delle primipare in età avanzata, detta « *rigidità anatomica.* »

I caratteri di quest'ultima varietà, secondo molti Autori, sono caratteristici; e si fanno rimarcare per la loro passività indolenza, durezza edematosa ecc.

L'Autore ha quasi negato la legittimità di questa sorta di rigidezza, e le ha contestato in particolar modo l'appellativo. Egli dice infatti, non avvi alcun processo normale dovuto allo avanzarsi dell'età che importi una disposizione alla rigidità passiva del collo, o se esiste, l'Autore non la considera punto come normale; imperocchè se il tessuto resta identico a sè stesso, cioè anatomicamente scevro da qualunque sorta di tessuto nuovo, non ne viene che egli debba reagire contro gli sforzi normali dell'utero tanto in una donna avanzata in età e primipara, quanto in una donna giovanissima. Pel Doleris l'*indurimento* degli autori è una bella parola, ma che non dice nulla di preciso nè di utile allo scopo cui mira. Imperocchè se il tessuto uterino ha subìto una degenerazione qualunque, o se si lascia invadere da un tessuto di nuova formazione, vuol dire che avvi una alterazione morbosa, ed in questi casi se vi sarà rigidezza, dovrà dirsi patologica o organica e rientra nella 2ª varietà.

E quantunque molti autori ammettano questa varietà e la descrivano minutamente, per l'A. quel collo uterino che presenta tali caratteri è malato (ipertrofia, o infiltrazione cistica o sclerosi), o si è trasformato, nel corso del travaglio per il suo lento progresso (pressioni esercitate sul segmento inferiore per molto tempo sia dalla testa fetale sia dalle pareti pelviche, stasi che ne è la conseguenza).

L'indurimento, la rigidezza pel Doleris, detta anatomica, dovrà essere sempre secondaria, mai primitiva, ancorchè si tratti d'una primipara non giovane.

Egli è giunto a queste conclusioni dopo un numero di fatti da esso lui osservati. Egli infatti ha veduto dei colli d'utero resistenti, come in preda alla rigidità ana-

tomica, cedere dinanzi ad una energica contrazione uterina. Ed ha osservato mostrarsi questa pretesa rigidità anatomica, dopo un travglio lento, in un utero stanco, od ostacolato nella sua funzione da cause estrinseche ed impossibili a vincersi.

Ha pure veduto il ritorno normale delle contrazioni, trionfare facilmente di un collo divenuto rigido, anche troppo. E nel caso di ostacoli, removibili dall'ostetrico, tolti questi, il parto è avvenuto spontaneamente.

Non ammessa la Rigidità anatomica l'Autore critica coloro che in simili casi fanno fare alla donna il bagno generale onde portare un rammollimento sul collo dell' utero. Invece si può solo ammettere, dopo il bagno, la ripresa delle contrazioni e la loro regolarità. Ma questa azione si spiega sul corpo e non sul collo.

Nel suo pregevole lavoro l'Autore parla anche della *rigidità spasmodica.* Egli non pone in dubbio che certi parti sono caratterizzati da una forma di dolori eccessivi che sembrano paralizzare il travaglio.

In questi casi il collo è molle, caldo, e doloroso; i bordi dell' orifizio duri, sottili, ma il fenomeno più saliente è l' estrema sensibilità dei genitali e sopratutto del segmento inferiore uterino. Accenna anche agli antispasmodici che si crede riescano a regolare questa anomalia. Egli dice di non voler fare la critica ai dati clinici tali e quali vengono esposti dagli autori, ma crede di poter affermare che si ha gran torto, tanto nella varietà spasmodica, quanto in quella anatomica di fermarci al solo orifizio uterino, all' indurimento e alle altre modificazioni che si riscontrano in questo orifizio. Si è là che, senza porvi troppa attenzione, egli dice, si fa risiedere la resistenza alla dilatazione ed alla discesa della parte fetale che si presenta. Ora ciò non è punto provato. Se si esaminano i fatti con attenzione si vede che ogni giorno vi è un po' di spasmo, ma, contrariamente alla teoria tradizionale, questo spa-

smo è meno limitato che non sembri a tutta prima, perocchè si estende a tutto il segmento inferiore. Questo si addossa strettamente alla parte fetale che si presenta, la stringe e l'accompagna in tutti i suoi movimenti, senza permettergli il più piccolo scivolamento. Questo è il *vero tetano* del segmento inferiore.

L'esplorazione rivela questo stato mostrando che la durata, la rigidità e il dolore risiedono al di sopra dell'orifizio e fin nelle regioni dell'utero corrispondenti alla parete addominale. Si è presso le primipari giovani che si osserva questo fatto, sovratutto quando la quantità del liquido amniotico è naturalmente molto limitata.

La rottura precoce delle membrane secondo l'Autore accompagnata da uno scolo completo delle acque è una causa potentissima di tal fenomeno anormale.

Inserzione anormale della placenta e albuminuria. Eclampsia e forma sincopale, parto forzato. Guarigione. — Vicente.

L'Autore narra di una donna gravida veduta da lui a 6 mesi e mezzo che al sesto mese aveva avuto una perdita sanguigna, poi una seconda preceduta da una ematemesi assai abbondante. Le perdite non erano molto forti, ma tornavano ogni due o tre giorni sia che la malata fosse in letto sia che fosse alzata. Esaminatala la trovò notevolmente prostrata di forze. L'esplorazione digitale rivela essere il collo assai grosso e lungo, non dilatato, di consistenza normale, niente di pastoso nei fornici. In una parola l'esame non rivela niente da autorizzare a diganosticare una inserzione viziosa della placenta quantunque questa ipotesi fosse plausibilissima se si tiene conto delle perdite sanguigne e della epoca della loro apparizione. L'orina esaminata, contiene molta albumina. Quindi la prognosi già grave, lo diventa ancor più per la presenza dell'albuminuria.

Verso il settimo mese, ex abrupto, nelle ore pom. è presa, *senza alcuna perdita di sangue*, da una sincope, che si prolunga e persiste malgrado tutti i mezzi adoperati dalla Levatrice per combatterla.

Il Dott. Vicenti, chiamato, arriva un quarto d'ora dopo l'esordio di questo accidente. Trova la malata senza polso, il cuore non batte che debolmente, le inspirazioni sono rare e incomplete, la faccia, le labbra sono assolutamente decolarate e cadaveriche, la perdita della conoscenza è completa. Malgrado le iniezioni di etere, di cognac, di ergotina lo stato sincopale persiste, e dura ancora una ventina di minuti, da un istante all'altro sembrava che la malata dovesse morire. Cosa fare? a rischio di vedersi morire la donna fra le mani, l'Autore pratica il parto forzato, dopo aver dilatato il collo uterino con la forza ed aver constatato la inserzione marginale della placenta. Svuotato l'utero il miglioramento s'inizia subito, il polso si rialza, e la conoscenza si riprestina immediatamente. La malata non ha nessuna ricordanza di ciò che è stato fatto sovra di lei quantunque avesse gridato durante le manovre. La donna potè alzarsi dopo quindici giorni. In capo a qualche giorno non vi ha più traccia d'albumina nelle orine. Narrato il fatto l'autore fa delle riflessioni. Egli dice che questa sincope sì prolungata, che sembrava uno stato vicino alla morte, può considerarsi come una varietà di eclampsia comatosa e sincopale. Essendo scomparso il pericolo non sì tosto fu sbarazzato l'utero dal suo contenuto non si potrebbe concludere che un intervento più attivo fosse pienamente giustificato? Invece di attendere non era meglio dilatare il collo, ed evacuare l'utero alla prima minaccia di pericolo quando era chiaro cho lo stato della malata si aggravava di giorno in giorno, e che niente di buono si poteva attendere dall'aspettazione? Evidentemente i fatti consecutivi hanno dimostrato che temporeggiare era lasciar libero campo a degli accidenti di maggior gravezza.

Riassumendo l'Autore dice:

1°. Che in casi d'emorragia ripetuti al settimo mese il prognostico è infinitamente più grave per la coesistenza dell'albumina, e che possono prodursi degli accidenti fatalí che non riconoscono per causa nè l'eclampsia, nè la emorragia fulminante.

2°. Che val meglio agire di buon'ora che attendere il parto spontaneo avanti il termine o gli sforzi della natura.

3°. Che la scelta dei mezzi non è indifferente, e che il tamponamento potrebbe aver l'inconveniente di impedire di far presto quando un ritardo di qualche minuto può portare la morte.

4°. Che il parto forzato è una risorsa estrema che può riuscire nei casi disperati.

Nota sovra un caso di embriotomia. — Bailly.

Narra il Prof. Bailly d'essere stato chiamato una sera presso una donna nella quale era incominciato il travaglio. Riscontratala trovò che il collo era appena aperto, e i dolori essendo molto rari, la lasciò alla cura di una levatrice. La visitò nuovamente l'indomani alle ore 8 di mattina. Durante la notte le cose erano progredite, la dilatazione era completa fino dalle cinque ore del mattino. A undici ore le cose sono nel medesimo stato, e la testa fetale, malgrado la persistenza delle contrazioni, restando alta l'Autore si decide ad applicare il forcipe. Non durò gran pena a prendere la testa ma il difficile fu nell'abbassarla, e siccome resisteva alle contrazioni più energiche, fu giocoforza persuadersi che non l'avrebbe potuta condurre alla vulva senza sforzi dannosi per la madre. D'altra parte la cessazione dei movimenti del feto, e l'assenza dei battiti cardiaci, lo sviluppo considerevole dell'utero, la resistenza agli sforzi del forcipe davano l'idea

che il feto era morto e probabilmente voluminosissimo. Per conseguenza il forcipe è ritirato, il cranio perforato, e l'estremità cefalica stritolata dal cefalotribo è portato nella vulva senza poterla intieramente disimpegnare. Ella resta ostinatamente applicata contro la sinfisi pubica per il sua estremo occipitale, e soffermata lungo il canale dal estremo mentoniero. Inoltre, non senza grandi difficoltà egli riesce a farla cadere, dopo aver sezionato il collo con un bisturi e colle forbici del Dubois.

Dopo ciò la vagina essendo assai libera da permettere il passaggio della mano, egli ne approfitta per andare alla ricerca di un braccio onde condurlo all'esterno, e con quel mezzo cercare di estrarre il tronco. In capo a qualche minuto, il braccio gli resta fra le mani strappato al livello della spalla. Il secondo subisce la medesima sorte. A grande stento riesce a condurre alla vulva uno degli arti inferiori, su questo fa trazione forte per far compiere al feto il moto di evoluzione. I suoi sforzi nòn hanno altro effetto che di strappare la gamba al livello del ginocchio. Un'uitima risorsa gli rimane, il secondo arto inferiore, e mediante questo credeva di riescire a compiere l'operazione per le vie naturali, ma malgrado i tentativi prolungati, quanto lo permettono la prudenza, non riesce a compierla. Le contrazioni uterine eccitate dalle manovre anteriori erano d'impedimento ad arrivare al 2° membro.

Esausto dalle manovre fatte, domanda l'aiuto di un collega, del Dott. Auvard, il quale riescì ad estrarre il feto, nel modo che appresso:

Esame. — Cloroformizzata la donna e visitatala trovò che l'ovoide podolico essendo al fondo il collo fetale all'orifizio uterino, il dorso si trova a dritta e in avanti. Con molta difficoltà arriva sopra il piede che trovasi al fondo dell'utero. Tale difficoltà è dovuta alle contrazioni uterine. Per questa ragione, pensando che gli sforzi fatti sul piede avrebbero portato al suo strappamento come nell'altro caso,

l'abbandona, e facendo scorrere la mano lungo il piano anteriore giunge all'epigastrio, introduce le forbici di Dubois ed apre l'addome. In tal modo voleva raggiungere due scopi, aprire il ventre perchè gli sembrava contenesse un po' di liquido ascitico e poi attraverso a questa apertura far penetrare due dita nella cavità toracica e portare le due estremità fino al collo onde sulla loro guida fas penetrare la branca maschio del cranioclaste nella cavità toracica. All'apertura dell'addome scola un po' di liquido che può essere anche amniotico. Il 2° scopo fu raggiunto. Applicata la branca maschio come si è detto, la branca femnina l'applica a dritta e in dietro, quindi stringe fortemente. Con le trazioni discende solamente la spalla, distaccata dal resto del corpo. Applicato sulla sinistra l'istrumento, questa subisce la medesima sorte. La maggior parte delle coste viene con la spalla. La terza applicazione fu fatta sulla colonna vertebrale, la parte presa fu portata al di fuori. Prima di applicare il clanioclaste per la 4ª volta, introduce la mano nella cavità uterina e quindi nell'addome fetale asportandone tutto il contenuto.

Con la quarta applicazione viene portata fuori la metà della colonna dorsale.

Una quinta, fatta sulla colonna lombare permette di portare all'esterno il rimanente del feto. L'operazione dura da 35 minuti. Il cranioclaste era quello che da lui prende il nome.

Il Prof. Bailly dopo aver narrato il caso passa a fare alcune considerazioni.

Le difficoltà, egli dice, al parto naturale, e la perduta validità delle forze che lo producono, resultano da un concorso sfavorevole di circostanze; volume eccezionale del feto, la flaccidità della colonna vertebrale conseguenza della morte del feto, grassezza considerevole della madre, infievolimento delle contrazioni uterine,

premiparità, ecco quanto basta per spiegare la lentezza del travaglio, e l'impotenza della natura a produrre nient'altro che una dilatazione del collo indispensabile ad un intervento chirurgico. Un fatto degno di nota è lo stato di rammollimento del feto che aveva diminuito la resistenza dei tessuti e delle stesse articolazioni causa prima, strappamenti degli arti.

Il principale interesse del caso sta nella tecnica operatoria seguìta per terminare il parto. Si è questa la prima volta che si è applicato il cronioclaste sovra il tronco del feto a termine e che sia riuscito ad estrarlo in totalità. Un tal fatto avrà il merito di aver dimostrato che questo istrumento, fatto apposta per agire soltanto sovra la testa, può essere solidamente applicato sovra le altre parti del corpo fetale, e che può costituire un mezzo d'estrazione valido ed efficace quando gli altri processi, manuali o strumentali, sono riusciti completamente inutili.

A. Sani.

LIBRI RICEVUTI IN DONO

Bompiani Dott. Arturo. — *Storia di 4 Laparotomie.*

» *La profilassi nella pratica privata dell'ostetricia.* Proposta di un regolamento per le levatrici.

AVVISO. — Avendo accettato l'incarico di fare in una corrispondenza trimestrale agli *Archives de tocologie* la sintesi del movimento ostetrico e ginecologico italiano, prego i colleghi cui ciò interessa a facilitare il mio compito coll'inviarmi copia dei loro lavori, notizie statistiche, cenni di operazioni importanti.

Catania, 14 *Febbrajo* 1888.

Prof. Luigi Mangiagalli.

ANNALI DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

SOMMARIO. — MEMORIE ORIGINALI: Rottura spontanea dell'utero in travaglio di parto: taglio cesareo completato con l'amputazione utero-ovarica e seguito da guarigione. P. M. FONTANA. *Pag.* 97. — CASISTICA OSTETRICA. A. SANI *Pag.* 122. — RIVISTA: Un po' di rendiconto della Clinica Ostetrica di Pavia nell'anno scolastico 1886-87 e narrazione di nove laparotomie con otto guarigioni. *Pag.* 131. — Esperienze intorno alla trasmissione della rabbia dalla madre al feto attraverso la placenta e per mezzo del latte. *Pag.* 134. — Cura della setticemia puerperale grave coll'amputazione del corpo dell'utero infetto. *Pag.* 136. — Cocaina in ostetricia. *Pag.* 138. — Frequenza delle malattie uterine e progressi della propedeutica ginecologica. *Pag.* 139. — Isterectomia vaginale eseguita alla Clinica Chirurgica di Bologna, diretta dal Prof. Loreta. *Pag.* 139. — Diagnosi precoce del cancro uterino. *Pag.* 140. — Injezioni sottocutanee di Ergotina. *Pag.* 144.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
30 APR 88
LIBRARY

MEMORIE ORIGINALI

ROTTURA SPONTANEA DELL'UTERO IN TRAVAGLIO DI PARTO

TAGLIO CESAREO

COMPLETATO CON L'AMPUTAZIONE UTERO-OVARICA

È SEGUÌTO DA GUARIGIONE

Dott. PIER MATTIA FONTANA

Fra i molti accidenti che si presentano nella pratica ostetrica, il più terribile, ed il più fatale, quantunque, per fortuna, di rado avvenga, tanto per la madre che per il prodotto del concepimento, è, senza dubbio, la rottura dell'utero, sia essa limitata, sia estesa.

Il caso che stò per esporre si riferisce appunto a rottura spontanea dell'utero, avvenuta allo iniziarsi del travaglio del parto.

Nel giorno 23 di Novembre u. s., verso le ore 4 pom. certa Erminia Bonometti di Bagnolo Mella, d'anni 31, e da 10 maritata, al termine della sua 5ª gravidanza, venne presa dai dolori del parto, accompagnati dalla rottura del sacco amniotico.

Quasi subito dopo lo scolo delle acque, insorsero tre o quattro contrazioni uterine tanto energiche da strappare grida alla donna, onde — così essa s'esprime — credeva di partorire. Le contrazioni quindi cessarono completamente lasciandola prostrata ed abbattuta, e con un dolore fisso alla parte laterale sinistra del ventre.

A questo fatto tenne dietro una discreta perdita di sangue dagli organi genitali.

Si chiamò il medico locale Sig. Dott. Ragnoli, il quale, visitata la donna, quantunque mancassero molti segni, dubitò fosse avvenuta la rottura dell'utero, onde, per un caso di tanta gravezza, espresse il desiderio di sentire il parere dell'egregio Ostetrico Dott. Perolio. Per combinazioni che qui non importa accennare, non fu avvertito che verso le 5 ant. del giorno 24. Recatosi sul posto, e confermata la diagnosi del collega Ragnoli, mi telegrafò perchè io pure mi portassi a visitarla, onde prendere, di comune accordo, quei provvedimenti, che la gravezza del caso reclamava.

Partii immediatamente portando con me tutto quanto potesse occorrere anche per una eventuale laparotomia. Alle ore 11 ero già al letto della gestante cogli egregi colleghi Perolio, Ragnoli, Maccario, ed ecco quanto fu dato rilevare.

La donna si presenta con decubito plumbeo, accesa in viso, con l'occhio esterefatto, e visibilmente prostrata.

Racconta che negli ultimi mesi ebbe a soffrire alla parte sinistra del ventre un dolore fisso, costante, come di un corpo che voglia fare suppurazione, e tanto era molestata chè più volte stette lì lì per ricorrere allo Spedale. Anche la gamba sinistra le si era fatta dolente, sicchè spesso, nella giornata, era costretta a coricarsi, non potendo più oltre sorreggersi. Da parecchie ore non avverte più i movimenti del feto. Assenza completa di contrazioni uterine.

Il ventre è voluminoso, ed alla palpazione si avverte il globo uterino contratto in forma tetanica, ed in marcata latero-versione destra. Con questo esame viene suscitato dolore per tutta la superficie addominale, molto più squisito però alla parte sinistra, tra il quadrante superiore ed inferiore, all'altezza della cresta iliaca corrispondente, tantochè al solo applicare quivi la mano, la donna trasalisce.

Colla percussione si limita perfettamente l'area di ottusità dell'organo gestante, ed a sinistra, nel quadrante superiore, in piena risonanza timpanica, si riscontra, appena al di là delle pareti addominali, un corpo mobile, spostabile, lungo, con delle angolosità, ed avente tutta la forma di un arto del feto.

All'esame digitale si trova la vagina ampia, l'orificio uterino esterno aperto per circa 5 ctm. molto dilatabile, e, spingendosi in alto, si potè riscontrare la parte presentata, che era la faccia, in posizione M. I. S. P.; ed a destra parve di poter notare un segmento della placenta.

Con questo esame si esportano varj grumi di sangue nerastro. Ascoltazione negativa.

La diagnosi di rottura spontanea dell'utero ci parve indubitabile, quantunque, a dire il vero, mancassero molti sintomi. Noi la fondammo sulla improvvisa cessazione

delle doglie, e sulla emorragia, sebbene lieve, che si manifestò dopo quei dolori così energici che la donna ebbe appena scolate le acque; ma più di tutto all'aver sentito, appena sotto le pareti addominali, quel corpo, già accennato, avente tutta la configurazione di un arto fetale.

Il luogo adunque ove la rottura esisteva dovea essere alla parte sinistra dell'organo, certo sopra il segmento inferiore, e l'arto uscito, per fortunata combinazione, facendo in parte da tampone, aveva impedito un grande versamento di sangue nella cavità peritoneale, per cui mancavano i relativi imponenti fenomeni.

In quanto alla causa predisponente, si pensò la si dovesse subordinare ad una metrite circoscritta, e consecutivo rammollimento del tessuto, e ciò anche in base alla anamnesi così chiaramente espostaci dalla donna. *Quid facendum?*

Si ventilò la liberazione della gestante per le vie naturali, vuoi col rivolgimento, vuoi colla applicazione del forcipe o con un atto embriotomico, ma questa idea venne subito abbandonata per le seguenti principali considerazioni.

Ammesso che con uno, o con altro degli atti operativi accennati si arrivasse, senza aumentare la breccia uterina, a liberare la donna, noi non avremmo eseguito che una parte, e certo la più lieve, della cura da prestarle, giacchè nella sua cavità addominale restava un organo rotto il quale sarebbe stato, con ogni probabilità, il punto di partenza di una peritonite sicuramente mortale.

Ma v'ha di più. L'utero era così contratto che per il forcipe, essendo la testa ancora libera, e più ancora per il rivolgimento, si avrebbero incontrate tali difficoltà che, data la condizione particolare dell'utero, si poteva essere certi di aggravarla.

L'unica risorsa, in questa triste contingenza ostetrica, alla quale si poteva e si doveva ricorrere, era pertanto, così noi concordi giudicammo, la laparotomia, seguìta anche dall'amputazione utero-ovarica, a seconda dello stato in cui si sarebbe trovato l'utero stesso, e la cavità peritoneale, e da farsi nel più breve tempo possibile.

Recandomi a Bagnolo avea portato meco tutto l'occorrente per quest' atto operativo, ma non bastava: l'ambiente e le condizioni miserrime della povera infelice erano tali che peggiori non si potevano immaginare.

La stanza senza luce, freddissima, e senza mezzo alcuno di riscaldamento: non altri locali, non biancheria, non persone intelligenti che ci potessero ajutare per la pulizia delle spugne e degli istrumenti. Il solo stato disperato della donna ci potea far accettare la deliberazione di operarla in luogo, solo questo avrebbe giustificato il nostro intervento. Operata in quelle condizioni la morte era inevitabile.

Tutto ben considerato, e visto che lo stato della gestante era abbastanza soddisfacente — polso 130, e sostenuto; ed il respiro tra i 26 ed i 32 al minuto primo — si venne nella deliberazione di farla trasportare a Brescia, per essere ricoverata nella Casa di Salute femminile.

La famiglia alla quale si fece conoscere la necessità e la gravezza dell' atto operativo che si dovea intraprendere, e l'ammalata stessa, cui però, con pietosa menzogna, si fece capire che trattavasi solo di una piccola operazione, ma che era bene la si facesse a Brescia per maggiori comodità, accettavano di buon grado la nostra proposta, sicchè, in apposita lettiga, partiva dal paese poco dopo il mezzogiorno, ed alle 3 e mezzo (12 Kilom. di strada) era in città.

Le sue condizioni fisico-morali erano immutate, nè il viaggio aveale recato molestia di sorta.

Il Dott. Perolio ed io, arrivati a Brescia verso le 2, ci occupammo tosto ad allestire tutto il bisognevole, quello che la tirannia del tempo ci consentiva.

La temperatura della stanza, per quanto si facesse, non potè essere portata oltre i 10 gradi centigr.: approntammo acqua fredda, precedentemente bollita, ed acqua bollente: soluzione fenica, e soluzione al bicloruro.

Dopo aver fatta una buona pulizia con acqua fenicata e sapone al bicloruro alle pareti addominali dell'operanda, previa injezione di morfina, e siringazione, lasciando quindi in posto il catetere, alle ore 2 e tre quarti precise si procedette alla narcosi cloroformica dal Dott. Rodolfi, benemerito Direttore dell'Istituto, ed alle 4 incominciai l'atto operativo colla diretta e sapiente cooperazione del Dott. Perolio. Era presente anche il Dott. Ragnoli, venuto appositamente da Bagnolo, il quale si prestò a fornirmi i ferri occorrenti, e le spugne. Due suore avevano l'incarico della pulizia degli uni e delle altre, da farsi sempre in una soluzione fenica titolata al 3 per 100. Tutti, prima di incominciare, abbiamo disinfettate le mani con soluzione al bicloruro di mercurio all'uno per mille.

Feci la incisione, strato per strato, sulla linea medio-addominale, della lunghezza di circa 13 ctm. che, varcando appena il bellico, verso sinistra, si portava in basso per fermarsi tre dita trasverse sopra il pube.

Aperto il peritoneo ne usciva circa mezzo bicchiere di sangue nerastro, contenente varj piccoli grumi.

Ci si presentò quindi la parete uterina così assottigliata da simulare una specie di membrana cistica, di colore bluastro, tesa, al di là della quale si vedeva ondulare del liquido, onde, al primo momento, ci ha tenuti sospesi circa la sua natura.

Presa coll'uncino, come si fa per l'apertura del peritoneo, e, colla forbice curva sul piatto, tagliata alla base, introdussi, per l'apertura fatta, il dito indice della mano sinistra, e sulla guida di questo la ingrandii in alto ed in basso, ed uscitone un po' di sangue sciolto, ci si presentò il feto col dorso verso destra ed all'avanti,

e le natiche in alto. Ne feci tosto la estrazione, afferrandolo per gli inguini: era di sesso mascolino, voluminoso, idrocefalico, morto. Sulla guida del cordone esportai quindi la placenta inserita in basso ed a destra. L'utero si contrasse rapidamente, e mentre io l'uncinava con due dita all'angolo superiore della ferita, il Dott. Perolio, con opportune pressioni laterali sul ventre, mi ajutava a sgusciarlo dalla cavità addominale.

Fattane la estrazione potemmo constatare la sede della rottura, a frastaglio, che esisteva a sinistra poco sotto la inserzione del ligamento rotondo, e portantesi verso la parete anteriore dell'organo, integro permanendo il segmento inferiore. Rapidamente esaminato il tessuto, e riscontratolo rammollito e degenerato, come già s'era preveduto prima d'accingerci all'atto operativo, si decise di completare il taglio cesareo colla amputazione utero-ovarica.

Affidatolo al Dott. Perolio, perchè lo tenesse perpendicolarmente, passai l'ansa metallica di un robusto serranodi Cintrat al disotto della rottura, comprendendovi le dipendenze di destra e di sinistra: lo costrinsi in modo da ottenere la emostasia, e quindi venne fatta, a mezzo di bisturì, l'amputazione a circa 2 ctm. sopra lo strettojo.

Praticata una diligente toeletta della cavità peritoneale, ove esisteva ancora del liquido sanguinolento commisto a grumi, si passò alla sutura delle pareti addominali, a punti staccati, profonda e superficiale, con seta di Firenze, precedentemente tenuta in una soluzione alcoolica di bicloruro di mercurio.

Il peduncolo venne toccato con percloruro di ferro liquido, e siccome dava un po' di sangue lo si compresse maggiormente nell'ansa, imprimendo un pajo di giri alla vite del serranodi, poscia, immediatamente sotto l'ansa, in direzione trasversale, si passò l'ago del Petit.

Fermato poi il manico del serranodi alla coscia si-

nistra, ricoperto il moncone con cotone emostatico, venne applicata la solita medicazione listeriana, tenuta a posto da apposita fasciatura, cui si sovrappose il cuscinetto di migliarola, del peso di 2 Kilgr.

Aggiungo che i punti di sutura furono otto, quattro compredenti il peritoneo, e quattro il solo tessuto cutaneo, e che mentre la si eseguiva si mantenne tra le pareti addominali e le intestina, una spugna piatta, larga, soffice, destinata a ricevere qualche eventuale goccia di sangue.

Sul ventre, dopo aperto il peritoneo, si tennero delle pezzuole bagnate in acqua calda, per impedire più che era possibile il raffreddamento, e per tutto il tempo che durò l'atto operativo, funzionò un polverizzatore con soluzione fenica al 3 per 100.

Alle ore 5 tutto era terminato senza il minimo accidente grazie alla perfetta emostasia, ed alla profonda narcosi tanto che la donna non diede mai segno di sensibilità, anzi, svegliandosi, fece le meraviglie come fosse venuta improvvisamente la notte, e ci chiese quando si intendeva fare l'operazione.

Alla visita delle 7 e delle 11 di sera la trovai sempre in uno stato di benessere generale. Il polso segnava 88, la temperatura 37,4, ed il respiro 26. Per la notte le prescrissi marsala e limonata ghiacciata.

Prima di esporre il diario trovo qui opportuno riferire quello che si riscontrò all'esame dell'utero e suoi annessi, ed in pari tempo lo stato e le misurazioni del feto.

Esaminate dai Dottori Rodolfi, Perolio, e da me, con diligenza le condizioni anatomo-patologiche dell'organo gestatorio, si potè, macroscopicamente, rilevare quanto segue.

La sede della rottura, come s'è già accennato, era a sinistra. Partiva a 2 ctm. circa dalla inserzione del lega-

mento rotondo, e si portava in basso seguendo il bordo laterale sinistro, per più di 4; ed a margini irregolari. Il tessuto proprio dell'utero che allo stato normale puerperale è di un colore bianco-roseo, avea invece, all'intorno della rottura una tinta cinerea, palesemente rammollito spappolabile, e nello strato profondo, per buon tratto, circa 8 ctm. quadrati, era anche imbevuto di un essudato siero-fibrinoso. Dal margine interno della lesione, per tutta la sua altezza, portandosi verso la parete anteriore dell'organo, si trovò lo smagliamento, e, per buon tratto, il distacco dell'organo stesso, del peritoneo viscerale, e tra esso ed il sottostante tessuto uterino, pur esso rammollito, e lacerato, un esteso stravaso sanguigno di colore nerastro, a grumi, che dovea essere avvenuto al momento della rottura.

Per concretare possiamo quindi dire che in un punto circoscritto, colla lacerazione del tessuto uterino era pure avvenuta quella del peritoneo, e che nella rimanente parte ammalata, fortunatamente per la donna, la rottura erasi limitata al solo tessuto, e che il peritoneo corrispondente, grandemente assottigliato, era ancora integro, per cui, all'atto operativo, anche per essere l'utero in marcatissima latero versione destra, il taglio cadde solamente su di esso, come difatti ben si potea vedere all'esame.

Il peso dell'utero colle proprie dipendenze era di grammi 1500.

La placenta, nulla presentava di anormale e pesava grammi 750.

Il feto voluminoso, di sesso maschile, idrocefalico, pesava grammi 4900, ed era lungo centim. 60.

Ecco le principali misurazioni:

DIAMETRI.

Fronto-occipitale.	Ctm.	16
Biparietale	»	15
Bitemporale	»	11
Mento-occipitale	»	17
Sottooccipito bregmatico	»	14
Trachelo bregmatico	»	14
Circonferenza occipito frontale . .	»	48

DIARIO.

25 *Novembre, ore* 8 *ant. P.* 100, *T.* 37,4, *R.* 30. — Passò una notte tranquilla. Dormì qualche ora. Prese brodo, marsala, limonata. Venne siringata una sola volta. Orina in quantità, normale, limpida. Ventre molle, indolente. Siringazione: orina abbondante, limpida. Irrigazione vaginale con soluzione al sublimato nella proporzione del mezzo per mille, e ne escono varii grumi sanguigni, nerastri, odorosi. Chiusura dell'ostio vulvo-vaginale con cotone fenizzato. Brodi, vino, marsala.

Ore 10 *ant. P.* 104, *T.* 38,4, *R.* 32. — Continua lo stato di benessere.

» 3 *pom. P.* 108, *T.* 38,5, *R.* 32. — Nessun dolore. Venne siringata due volte. Orina abbondante e bella.

» 9 *pom. P.* 104, *T.* 37,4, *R.* 26. — Nessun dolore. Ha dormito. Cateterismo. Orina sempre normale.

26 *novembre, ore* 8 *ant. P.* 104, *T.* 37,7, *R.* 26. — Notte buonissima. Verso il mattino ebbe due scariche alvine ed orinò da sè. È tranquilla. Nessuna sofferenza. Si ripetè la irrigazione al sublimato con la uscita di qualche piccolo grumo sanguigno. Brodo, vino, limonata al ghiaccio, caffè.

Ore 3 *pom. P.* 102, *T.* 38,1, *R.* 28. — Orinò da sè e l'orina è sanguinolenta (1). Fatta la siringazione esce un grumo.

(1) Questo fatto lo metto alle dipendenze di una transitoria congestione dell' uro-cisti, seguita da lieve emorragia a base reumatica subìta durante l'atto operativo.

Sotto la nebbia fenica si esportano varii pezzetti di moncone e lo si tocca con percloruro di ferro liquido. Nessun dolore, nè spontaneo nè provocato. Nessuna suppurazione, Ventre molle, cedevole: borborigmi intestinali: irrigazione vaginale come al solito ed il liquido esce leggermente tinto di color sanguigno. Bismuto ed oppio.

Ore 6 *e mezzo. P.* 94, *T.* 37,4, *R.* 26. — Ha desiderio di cibo. Benessere generale. Ha emesso orine ancora un po' sanguinolente.

» 9 *e mezzo. P.* 94, *T.* 37,4, *R.* 26. — Continua lo stato di benessere. Prese pan trito, caffè, vino.

27 *Novembre, ore* 7 *e* $^3/_4$ *antim. P.* 90, *T.* 37,3, *R.* 26. — Passò una buonissima notte, dormendo qualche ora. La temperatura presa due volte fu di 37,2. L'orina persiste sanguinolenta, ma abbondante. Irrigazione vaginale al sublimato: il liquido ritorna quasi limpido. Nessun dolore. Benessere generale. Si bagna il moncone con percloruro. Continua la prescrizione del giorno antecedente.

Ore 9 *e mezzo ant. P.* 90, *T.* 37,5, *R.* 26. — Nulla di mutato; solo le orine si sono fatte quasi limpide, senza grumi.

» 3 *e mezzo pom. P.* 106, *T.* 38,6, *R.* 28. — Come sopra.

» 6 *pom. P.* 106, *T.* 38,5, *R.* 28. — Come sopra.

» 9 » *P.* 106, *T.* 38,2, *R.* 28. — Orine sempre più limpide ed abbondanti. Ventre molle ed indolente. Accusa solo un po' di cefalea e molestia al petto. Le mammelle infatti sono alquanto turgide (1).

28 *Novembre, ore* 8 *ant. P.* 100, *T.* 38,4, *R.* 28. — Dormì tranquillamente dalle 10 alle 2 dopo mezzanotte e poi dalle 2 e mezzo alle 4. Nessun dolore nè spontaneo nè provocato. Ventre molle, cedevole. Orine abbondanti e limpide. Prese brodo e vino. La turgescenza delle mammelle s'è fatta maggiore Si ricoprono di cotone. Viene asportato qualche pezzetto di moncone mummificato, quindi lo si bagna con percloruro. Nessuna suppurazione. Irrigazione vaginale. Si concede una minestra, più brodi, vino, caffè.

Ore 10 *ant. P.* 92, *T.* 38,1, *R.* 26. — Le mammelle sono ancora più turgide e dai capezzoli geme colostro. Si ungono con olio di canape ricoprendole con cotone fenizzato. Del resto nessuna sofferenza.

(1) Ciò dimostra il regolare iniziarsi di un puerperio fisiologico.

Ore 2 *pom.* *P.* 94, *T.* 38,3, *R.* 26. — Come sopra.

» 4 » *P.* 94, *T.* 38,1, *R.* 26. — Come sopra.

» 9 » *P.* 100, *T.* 38,1, *R.* 28. — Mammelle sempre turgide. Orine abbondanti e limpide. Ventre molle, indolente.

29 *Novembre, ore* 7 *ant.* *P.* 96, *T.* 37,8, *T.* 26. — Nella notte la temperatura non sorpassò i 37,6. Dormì sei ore di seguito. Prese brodo e vino. Orine normali. La donna dice di stare bene, all' infuori dell'indolenzimento alle mammelle, che sono sempre turgide. Sotto la nebbia fenica si cambia per la prima volta l'apparecchio di medicazione. Non v'è suppurazione. Esportazione di pezzetti del moncone: lo si bagna con percloruro: s'imprimono alla vite del serranodi due giri. Irrigazione vaginale. Brodi, minestra di riso, vino.

Ore 9 *e mezzo ant.* *P.* 98, *T.* 38, *R.* 28. — Nulla di mutato.

» 2 *e mezzo pom.* *P.* 104, *T,* 38,2, *R.* 30. — Nessun dolore. Orine sempre normali.

30 *Novembre, ore* 8 *ant.* *P.* 106, *T.* 38,2, *R.* 28. — Passò tranquillamente la notte dormendo parecchie ore. Alle 3 antimeridiane la temperatura era 38. Irrigazione vaginale con la solita soluzione. Vengono esportati varii pezzi di moncone e si stringe il serranodi, senza provocare dolore. Nessuna suppurazione nè lungo la ferita nè all' intorno del peduncolo. Orina sempre normale per quantità e per colorito. Le mammelle sono ancora turgide. Dieta del giorno antecedente.

Ore 3 *pom.* *P.* 108, *T.* 38,3, *R.* 30. — Mangiò con appetito. Ventre depresso. Nessuna sofferenza.

» 9 *pom.* *P.* 106, *T.* 38,6, *R.* 32. — Melanconia, fatto strano, perchè fu sempre allegra. Dolore ai lombi, che la donna attribuisce alla costante posizione dorsale. Mammelle sempre turgide, specie la destra. Ventre molle, cedevole, indolente. Tolgo il cuscinetto di migliarola, perchè pare che le sia molesto. Bruciore nel mitto. Prescrivo un infuso di camomilla con menta.

1 *Dicembre, ore* 8 *ant.* *P.* 104, *T.* 37,7, *R.* 28. — Passò una notte insonne: la temperatura presa ogni 2 ore non sorpassò mai 38,2. Medicazione del moncone con due giri del serranodi. Tolgo l'ago ed i punti di sutura superficiale della ferita chirurgica, che è ormai cucita senza suppurazione. Irrigazione vaginale. Le mammelle cominciano a detumefarsi. Discreto appetito. Dieta dei giorni precedenti.

Ore 3 *pom.* *P.* 106, *T.* 38,6, *R.* 28. Nessuna sofferenza. Il moncone viene polverizzato con jodoformio. Orine belle. Ventre molle, cedevole, indolente.

» 9 *pom.* *P.* 96, *T.* 38,2, *R.* 26, — Come sopra.

2 *Dicembre, ore* 8 *ant.* *P.* 100, *T.* 38,3, *R.* 28. — Dormì tranquilla tutta la notte. Nessun dolore. Orine abbondanti e limpide. Irrigazione vaginale. Si leva il serranodi che già stava per staccarsi e ne rimane un infundibolo della profondità di circa 5 centm. e della circonferenza di 3. Lo si asciuga bene con bioccoli di cotone fenizzato. Lo si cosparge di jodoformio e quindi venne riempito di cotone. Anche i punti di sutura profonda sono tolti e si trova che la ferita chirurgica è completamente e fortemente unita. A maggior garanzia si applicano delle listerelle di cerotto Beslier in modo che con le estremità vadano a fare punto d'appoggio sulle creste iliache. È inutile dire che per tutto il tempo che occorse in questa medicazione funzionava il polverizzatore. È quindi applicato il solito apparecchio Listeriano.

» 3 *pom.* *P.* 120, *T.* 39,1, *R.* 30. — Nessun dolore, solo un po' di cefalea. Al fondo dell'infundibolo avvi un po' di suppurazione e si distaccano dei cenci di tessuto necrotizzato. Si asciuga, si lava con soluzione al bicloruro e quindi viene asperso con jodoformio. Prescrivo delle polveri di chinino.

» 9 *pom.* *P.* 100, *T.* 38,2, *R.* 28. — Nulla di mutato.

3 *Dicembre, ore* 8 *ant.* *P.* 90, *T.* 37,3, R. 26. — Dormì tutta la notte. Prese brodo e vino. Nessun dolore. I bioccoli di cotone messi nell' infundibolo sono imbevuti di pus senza odore. Anche la fascia è macchiata. Si asportano varii cenci di cellulare e si fa la medicazione come al giorno precedente. Continua il chinino. Orine normali. Appetito.

Ore 3 *pom.* *P.* 100, *T.* 38,1, *R.* 28. — Nessuna sofferenza. Si rinnova la medicazione dell' infundibolo.

» 9 *pom.* *P.* 88, *T.* 38,1, *R.* 28. — Mangiò due minestre di riso con appetito. Prese brodi, vino, caffè. Orine abbondanti, limpide. Nessun dolore. Ventre molle. Ebbe due scariche alvine abbondanti.

4 *Dicembre, ore* 8 *ant.* *P.* 82, *T.* 37,2, *R.* 24. — Dormì tutta la notte. Ventre molle, indolente. Lavatura ed aspersione col jodoformio dell' infundibolo. Persiste la suppurazione, quantunque diminuita. Si elimina ancora qualche pezzetto di cellulare. Dieta idem.

Ore 3 *pom.* *P.* 90, *T.* 38,1, *R.* 26. — Si ripete la solita medicazione. Suppurazione diminuita.

» 9 *pom.*, *P.* 88, *T.* 37,1, *R.* 26. — Medicazione. Benessere generale. Ha desiderio di cibo.

5 *Dicembre, ore* 8 *ant.* *P.* 84, *T.* 37, *R.* 28. — Notte buonissima. Orine normali. Medicazione. L'aspetto dell' infundibolo si è fatto migliore; quasi cessata la suppurazione. Alla parte alta comincia a granuleggiare. Benessere generale. Minestre, pollo, vino, caffè.

Ore 12. *P.* 82, *T.* 37,1, *R.* 24. — Nulla di mutato.

» 6 *ant.*, *P.* 80, *T.* 37,5, *R.* 26. — Mangiò con appetito, e nella giornata dormì due ore. Medicazione quasi senza pus.

6 *Dicembre, ore* 8 *ant.* *P.* 76, *T.* 37,3, *R.* 26. — Dormì quasi tutta la notte. Nessuna sofferenza. Appetito. Dieta del giorno antecedente. Medicazione senza pus. L' infundibolo granuleggia bene e tende a restringersi e ad alzarsi.

Ore 6 *e mezzo pom.* *P.* 94, *T.* 37,7, *R.* 26. — Nella giornata la temperatura non sorpassò mai i 37,3. Nessuna sofferenza. Medicazione.

7 *Dicembre, ore* 8 *ant.* *P.* 78, *T.* 37,8, *R.* 26. — Dormì tranquillamente quasi tutta la notte. Nessun dolore. Appetito. Arrosto, minestre, brodo, vino, caffè. Orine normali. Medicazione dell' infundibolo con pochissimo pus: tende a chiudersi.

Ore 6 *pom.* *P.* 78, *T.* 37, *R.* 24. — Nulla di mutato. Si rinnova la medicazione.

» 8 *ant.* *P.* 84, *T.* 37, *R.* 26. — Passò una buonissima notte. Ventre molle, indolente. Ebbe una abbondante scarica alvina. Medicazione.

» 6 *pom.* *P.* 84, *T.* 37,5, *R.* 28. — Continua il benessere. Mangiò con appetito.

9 *Dicembre, ore* 8 *ant.* *P.* 82, *T.* 37,3, *R.* 24. — Dormì quasi tutta la notte. Nessuna sofferenza. Medicazione senza pus. Dieta del giorno antecedente.

Ore 6 *pom.* *P.* 88, *T.* 37,3, *R.* 24. — Continua il benessere. Ebbe una evacuazione alvina. Orine normali.

10 *Dicembre, ore* 10 *ant.* *P.* 74, *T.* 37,4, *R.* 26. — Nella notte fu inquieta, però dormì parecchie ore. La temperatura non sorpassò i 37,4. Orine normali. Si rinnova la solita pulizia dell' infundibolo e si nota che il foro di entrata del primo punto di sutura profonda all'angolo superiore della ferita

chirurgica ha fatto suppurazione, però in poca quantità e che esce facilmente. Dieta dei giorni antecedenti.

Ore 7 *pom. P.* 82, *T.* 37,5, *R.* 26. — Nulla di mutato.

11 *Dicembre, ore* 10 *ant. P.* 78, *T.* 37,3, *R.* 24. — Riposò tutta notte. Nessuna sofferenza. Si rinnova la medicazione e l'infundibolo va sempre più impicciolendosi. Altri due punti di sutura hanno dato un po' di suppurazione. Buon appetito. Dieta dei giorni precedenti.

Ore 4 *e mezzo pom. P.* 80, *T.* 37, *R.* 26. — Mangiò con appetito eccellente e sta benissimo.

12 *Dicembre, ore* 10 *ant. P.* 76, *T.* 36,9, *R.* 24. — Dormì quasi l'intiera notte. Nessuna sofferenza. Appetito. Medicazione. Arrosto, minestre, vino, caffè.

Ore 6 *e mezzo pom. P.* 78, *T.* 37,3, *R.* 24. — Come sopra.

13 *Dicembre, ore* 10 *ant. P.* 70, *T.* 37, *R.* 24. — Passò una buonissima notte ed ebbe al mattino una scarica alvina. Benessere generale. Appetito. Si concede la solita dieta, più caffè e latte. L'infundibolo va rapidamente restringendosi.

Ore 4 *pom. P.* 74, *T.* 37,1, *R.* 24. — Come sopra.

14 *Dicembre, ore* 9 *antimeridiane P.* 68, *T.* 37, *R.* 24. — Notte buonissima. Benessere generale. Appetito. — Medicazione, senza suppurazione. Ventre molle, indolente, cedevole. Dieta solita.

15 *Dicembre, ore* 9 *e mezzo ant. P.* 76, *T.* 37,2, *R.* 22 — Dormì tutta notte. Nessuna sofferenza. Appetito. Pollo arrosto, minestre, brodi, caffè, vino. Medicazione. Ventre molle, indolente. Orine normali.

16 *Dicembre, ore* 9 *e mezzo ant. P.* 68, *T.* 37,2, *R.* 24. — Notte buonissima. Ora accusa un po' di peso al ventricolo. Prescrivo delle polveri di bicarbonato di soda ed infuso di camomilla. L'infundibolo granuleggia benissimo e si restringe.

17 *Dicembre, ore* 9 *e mezzo ant. P.* 74, *T.* 37, *R.* 24. — Passò una buonissima notte. Scomparso l'incomodo al ventricolo. Ebbe due scariche alvine piuttosto abbondanti, però di materie figurate. La solita medicazione. Le si permette di alzarsi.

18 *Dicembre, ore* 10 *ant. P.* 70, *T.* 37, *R.* 22. — Passò bene la notte. Jeri stette alquanto alzata per circa due ore senza alcuna sofferenza. Ebbe altra scarica. Appetito eccellente. Viene aumentata la dieta. Medicazione.

19 *Dicembre, ore* 10 *ant. P.* 64, *T.* 37, *R.* 22. — Jeri stette in piedi quasi sei ore, passeggiò qualche poco; mangiò con appetito; dormì benissimo nella notte; alvo regolare; benessere generale.

20 *Dicembre, ore* 8 *ant. P.* 68, *T.* 37, *R.* 20. — Stette alzata la giornata di jeri, mangiò con appetito e passò una notte buonissima. Nessuna sofferenza, desiderio di cibo e di alzarsi.

Continua quindi il benessere generale: mangiò sempre con appetito, s'alzò tutti i giorni senza la minima sofferenza. Usciva dallo Istituto il giorno 28 di Dicembre per fare ritorno alla propria famiglia precisamente 34 giorni dopo l'atto operativo. L' infundibolo non era però del tutto chiuso quantunque ai minimi termini. L'egregio collega Dottor Ragnoli accettò di buon grado di eseguire le ultime medicazioni. Fino dal primo giorno in cui la donna si è alzata venne provveduta di apposita ventriera che portò seco a domicilio.

Narrata così la storia clinica di quest' atto operativo coronato da sì splendido successo, soffermiamoci un momento, per fare qualche considerazione.

L' etiologìa di questo gravissimo accidente, in base alla anamnesi, ed al reperto anatomo-patologico dell' organo leso, la si può razionalmente così concretare: — endometrite circoscritta, degenerazione e rammollimento del tessuto proprio dell' utero; smagliamento, distendimento e consecutivo distacco del peritoneo viscerale, che in un punto circoscritto si lacerava insieme al tessuto uterino: rottura dovuta, data l' accennata predisposizione patologica, alle energiche contrazioni uterine, tenuto calcolo anche dell' esagerato volume del feto.

Dall'apertura preternaturale, per un caso de' più fortunati, scivolò un braccio (*il sinistro*), il quale, in tale maniera, fece come da tampone, ed impedendo un maggiore stravaso di sangue nella cavità addomino-perito-

neale, contribuì a che la donna non ci offrisse tutti i fenomeni classici delle lacerazioni uterine.

Non s'era fatta la diagnosi di idrocefalia e neppure la si era sospettata: primo, perchè il ventre era tanto indolenzito che davvero si reputò pietà lasciar tranquilla la donna; secondo, perchè l'utero, come già si disse, era fortemente contratto; terzo, perchè tutta la nostra attenzione stava rivolta a studiare come poteva essere avvenuta la rottura, e che cosa si potesse fare per la povera donna.

Davanti ad un caso di tanta gravezza qual'è la rottura dell'utero, come deve comportarsi l'ostetrico? Quale mezzo operativo metterà in esecuzione per liberare la donna?

Queste sono le domande che ci si offrono tosto alla mente.

Dato che il feto sia ancora *tutto* nella cavità uterina, e che la diagnosticata rottura, non sia, presumibilmente, alle dipendenze di una malattia dell'organo gestatorio la donna va liberata per le vie naturali, col forcipe, col rivolgimento, colla estrazione manuale o colla embriotomia a seconda de' casi, nella speranza che la natura provvida, ajutata dall'arte, pensi alla cicatrizzazione della ferita.

Ma se in parte, od in totalità il feto è già passato nel cavo addomino-peritoneale, a me pare che il procedimento accenato, di operare per vaginam, presenti tali ostacoli, e così gravi pericoli, per l'operanda, e per l'operatore, da dover essere abbandonato, per quanto ancora reputatissimi ostetrici lo appoggino autorevolmente.

Di fatti chi non vede gli inconvenienti ai quali si può andare incontro facendo ripassare il feto per la avvenuta lacerazione per la quale n'è uscito?

Che se poi per la breccia uterina l'ostetrico deve passare colla mano e col braccio per portarsi nel cavo del ventre alla ricerca degli arti inferiori del feto per farne la estrazione, i pericoli si fanno ancora maggiori, e per

la durata dell' atto operativo, e per manualità cieche e laboriose, e per il quasi sicuro ampliamento, della rottura stessa per probabili lesioni de' visceri addominali, e per la facilità di trascinare seco qualche ansa intestinale, come di fatti qualche volta avvenne. Ma anche ammesso — chè non si può negare — la facile e pronta terminazione del parto con questo procedimento, in tutti i casi noi lasciamo in situ, nel cavo addomino-peritoneale, un organo precedentemente offeso, il quale sarà il punto di partenza di infiammazioni quasi sempre letali.

I casi di guarigione che la storia dell' arte nostra registra per siffatto processo operatorio, sono da reputarsi rari, e bene giustamente osserva quella notabilità ostetrica che è il Prof. Porro, che « la possibilità della » guarigione per prima intenzione della ferita uterina, se » è possibile, entra però nella sfera delle conseguenze » eccezionalissime. »

Ed il Prof. Mangiagalli a questo proposito scrive » Se » noi passiamo in rassegna i resultati di tale terribile ac- » cidente, abbandonato alla natura, la mente nostra resta » presa da sgomento: egli è per questo, o Signori, che » mi domando anch' io col mio maestro Prof. Chiara — » se l' ostetricia non possa proprio nè sappia trarre qual- » cosa di meglio, di chirurgicamente più efficace, che l' ac- » cidiosa, inutile, micidiale, aspettativa. » Ciò ammesso, io reputo che nei casi di rottura d' utero, con sede ben diagnosticata, con passaggio di tutto o di parte del feto nel cavo ventrale, il taglio cesareo, circondato dalle più rigorose precauzioni antisettiche, possa meglio rispondere alle esigenze di salute della donna, che non il tentativo di liberarla per le vie naturali.

Quando poi per l' anamnesi, l' ostetrico può avere, se non la certezza, almeno la probabilità che la lesione dipenda da malattia organica dell' utero, anche se il feto è ancora tutto nella sua cavità, il taglio cesareo dev' es-

sere il solo legittimo, e razionale espediente da mettere in pratica.

Il Franz nella seduta del 6 Marzo 1884 della « Società Ginecologica di Dresda, » espose la storia clinica di dieci casi di rottura d'utero, verificatisi in quella Maternità.

Da quella relazione apprendiamo che di questi casi uno fu operato col taglio cesareo (metodo conservatore) e seguito da perfetta guarigione in sei settimane; degli altri nove operati tutti per vie naturali — rivolgimento, forcipe, embriotomia — due guarirono, e sette furono seguiti da morte, prodotta da emorragia, peritonite, setticemia

Noto nello stesso tempo, che una sola volta il feto era completamente passato nel cavo addominale, e fu quando venne intrapreso il taglio cesareo; due volte vi era passato in parte, e sette stava ancora nell' utero.

Ho voluto accennare a questa statistica la quale, se non può avere un valore assoluto, perchè basata su pochi casi, pur tuttavia non è certo priva d'importanza pratica, e meritevole, quindi, di essere conosciuta.

Ed ora un altro quesito.

Accettato il taglio cesareo, corrisponde meglio alle probabilità di guarigione il lasciare l' utero in posto, previa cucitura, o la amputazione utero-ovarica?

Il Prof. Porro nella relazione della sua prima amputazione utero-ovarica, come complemento al taglio cesareo, a pagina 64 cosi si esprime « colla amputazione » utero-ovarica noi abbiamo una semplificazione traumatica: la rimozione del punto di partenza dei più gravi » processi puerperali, sottraendo, per tale maniera, l' operata all' influenza puerperale. »

Del resto dopo la ammissione nella pratica ostetrica del nuovo metodo di cucitura uterina muscolare e sierosierosa, preconizzato ed attuato, pel primo dal Säenger, con ottimi risultati, pare che gli accennati pericoli siano tolti, o grandemente diminuiti.

Il chiarissimo Prof. Mangiagalli, in un suo pregievole lavoro (Le più recenti modificazioni del taglio cesareo) pupbblicato negli Annali di Ostetrica Ginecologica, e Pediatrica (1884) a proposito del processo Säenger scrive: « il » processo Säenger è quindi per me il più scientifico, il » più metodico, quello che deve avere la preferenza su » tutti gli altri accennati sinora in questo capitolo, poi- » chè con questi ha comuni molti vantaggi, mentre non » possiede molti degli incovenienti per essi lamentati, ed » ha poi in proprio il grande vantaggio di essere un me- » todo generale, di non avere contro indicazioni tecniche. »

Per parte mia reputo tale asserzione un po' troppo assoluta. Un caso, io credo, si sottrae completamente al processo Säenger, e cioè quando la rottura dell'utero è la conseguenza di una malattia del suo tessuto.

Del resto, per il vero, lo stesso Mangiagalli ammette pure che al processo Säenger vi possono essere controindicazioni *desunte dalla clinica.*

Io non mi fermerò qui a dire della preferenza — in tesi generale — da darsi al metodo Säenger od a quello Porro: solo affermerò che nel mio caso concreto reputai non solo conveniente, ma necessario, far seguire al taglio cesareo l'amputazione utero-ovarica, e ciò per le seguenti considerazioni.

Noi avevamo un organo in preda a degenerazione, a rammollimento di buona parte del suo tessuto, con esteso distacco e consecutivo assottigliamento della rivestitura peritoneale.

Se avessi voluto mettere in pratica il metodo conservatore (processo Säenger) sarei stato obbligato necessariamente a fare un lavoro di plastica uterina, per poter quindi eseguire la cucitura sopra un tessuto resistente, sano, atto, in una parola, a cicatrizzare.

Ma fino a quali limiti dovea io portare il coltello?

Sarei stato sicuro di lasciare solo la parte sana, e

di non cucire sopra un tessuto nella cui compage il processo degenerativo non fosse infiltrato?

Ed anche ammesso che tutta la parte offesa fosse eliminata, poteva io attendermi un buon processo di riparazione da un organo che avea subìto una forzata distensione, avente quindi una parenchima meno vascolare, meno nutrito?

Ma v' ha di più.

Vi sono circostanze, come la mia, nelle quali non è davvero conveniente neppur pensare al metodo conservatore.

La mia operata, infatti, portava la lacerazione da 24 ore, e volendo conservare l'organo avrei protratto di molto, forse più d' un' altra ora, l'atto operativo, per la necessaria esportazione della sostanza ammalata, consecutiva regolarizzazione de' margini, e preparazione del peritoneo viscerale, con quanto danno dell'operanda, ciascuno può di leggeri imaginarselo.

A questo aggiugasi che la seconda parte dell'operazione, — formazione del peduncolo, toeletta peritoneale, e cucitura — la si dovette compiere col sussidio di cerini, giacchè la luce naturale più non mi serviva.

Tutto sommato, l'amputazione utero-ovarica da me eseguita, come complemento al taglio cesareo, lo ripeto, era non solo di alta convenienza, ma assolutamente necessaria: fu pertanto un atto razionale, indipendentemente anche dal felice esito col quale venne coronato.

La sua indicazione per malattie e per rottura dell'utero è ormai ammessa.

Il Prof. Porro, nella sua citata Memoria, a pagina 80 scrive: « Aggiungerei come seconda indicazione assoluta, la gangrena, l'usura, le alterazioni gravi della tessitura uterina, vuoi per lungo tempo di durata del parto, vuoi per rozzi maneggi tentati ed eseguiti, vuoi infine per particolari accidentalità. »

Il Dott. Federico Alessandrini, Direttore dell'ospedale di Chiari, in una sua pregiata Memoria, letta all'Ateneo di Brescia, nella adunanza del 30 Aprile 1879, narrata la storia di uno sgraziato caso di rottura d'utero, operato per vaginam, col rivolgimento, cui tenne dietro la morte poche ore dopo, faceva la seguente domanda-proposta: « Dato il caso di rottura completa del corpo e del fondo dell'utero, durante il sopraparto, essendo integri gli orifici ed il segmento inferiore, riconosciuti i segni della vita del feto, e verificato essere difficile e pericolosa l'uscita del medesimo per le vie naturali, può l'ostetrico tentare l'amputazione utero-ovarica cesarea? »

Quantunque la proposta dell'egregio Alessandrini non corrisponda in tutto al caso mio, giacchè egli ammette il fatto della vita del feto, e la impossibilità di operare per le vie naturali, pure volli accennarla per mostrare come siasi già pensato alla razionalità di quest' atto operativo, e perchè a lui spetta l'onore d'avere, per primo, formulata una nuova e concreta indicazione.

Anche il già citato Prof. Mangiagalli in una sua Conferenza dal titolo « Sulle indicazioni assolute e relative del taglio cesareo (Metodo Porro) tenuta nell'Aula Paletta dell' Ospedale Maggiore di Milano, il primo Aprile 1880 » così si esprime:

« Quattro fonti, a mio avviso, *potrebbero* fornire una indicazione assoluta alla amputazione utero-ovarica, e sono:

I. la ristrettezza pelvica, assoluta o gravissima,
II. le vaste atresie vaginali,
III. le neoformazioni uterine,
IV. le rotture dell'utero. »

Per sfuggire la laparotomia, il Dott. Vincenzo Ciccone, in un suo scritto dal titolo « La inversione dell'utero contro alcuni accidenti del parto e del puerperio » pubblicato nel periodico *Il Progresso Medico* Giugno 1887, propone e caldeggia appunto la inversione dell'utero come mezzo terapico del gravissimo accidente.

Lasciamo all'Autore la parola per la descrizione della tecnica operatoria.

Ecco come si esprime: « non appena diagnosticata la rottura, e previo, s' intende, il vuotamento del feto, si introduce la mano nell' utero come per fare un rivolgimento: con un dito o due introdotti nella ferita uterina, si uncina la parete di quella, si tira dolcemente, coadjuvati dall' altra mano libera sull' esterno dell'addome, si rovescia così l' utero, si sutura, si allaccia, si amputa, si fa insomma quello che la estensione e la convenienza del caso impongono. Ad ogni modo si elimina, e si può eliminare sempre, la emorragia che è quella che momentaneamente avrebbe uccisa la donna. Forse avremo conseguenza funesta del pari, sia pel sangue stravasato nell' addome, sia per i postumi della sutura, o della amputazione che faremo, ma il proverbio dice: « salvami oggi, domani morrò. »

La è questa una proposta ardita, e già da altri ventilata, ma non so se oggi, o quando potrà avere il diritto di cittadinanza nella ostetricia, quale espediente pei casi di rottura uterina.

A questo procedimento, a parer mio, si possono muovere le seguenti principali obbiezioni.

I. La inversione uterina è un traumatismo non indifferente al quale si fa soggiacere la donna.

II. Uncinando l' utero per il suo punto di rottura si incorre nel pericolo grave di ingrandirla, peggiorando quindi, le condizioni locali, e, conseguentemente, le generali.

III. Dato che nel cavo peritoneale sia stato stravasato del sangue ed è molto probabile, è ben difficile, per non dire impossibile, farne la evacuazione, ed ottenere una scrupolosa toeletta, che è sempre condizione indispensabile per il buon esito.

IV. Amputando l' utero, artificialmente arrovesciato,

il moncone uterino, come giustamente osserva il Porro, lo si deve abbandonare nel canale vaginale, dove meno facilmente si può sorvegliare e medicare, onde più facile può succedere un assorbimento delle parti destinate allo sfacelo.

V. È difficile (Porro) poter canalizzare perfettamente il cul di sacco peritoneale col drenaggio, inquantochè nel caso di arrovesciamento, il punto più declive, imbutiforme sarebbe rappresentato dall' orificio interno guardante la cavità ventrale.

Circa i diversi espedienti escogitati allo scopo di intervenire ne' casi di rottura d' utero, non ho fatto che esporre il pensier mio, nè ebbi la pretesa di dare sentenze: ai maestri nell' arte ostetrica il giudicare.

Volli poi narrare questa storia clinica perchè la reputai degna di essere conosciuta per la specialità del caso, e perchè, per la indicazione di rottura dell' utero, nessuno finora in Italia aveva fatto l'amputazione utero-ovarica; ed all'estero, per quanto mi sapppia, venne eseguita solamente due volte, la prima a Mosca dal Dott. Prèvot, la cui operata però moriva per emorragie ripetutesi a livello del peduncolo, e la seconda dallo Slawiasky a Pietroburgo (6 Ottobre 1885) per caso di rottura traumatica uterina, e coronata questa da esito fortunato.

Rividi la mia operata il giorno 2 Febbrajo, e sono ben lieto di poter affermare che le sue condizioni generali e locali di salute non possono essere migliori.

La ferita chirurgica addominale è ora rappresentata da una cicatrice lineare, biancastra, resistente: l' infundibolo è completamente riempito, tanto da non offrire che una leggiera depressione di pochi millimetri. All' esame digitale ho rilevato che il collo uterino, unico superstite rappresentante degli ex organi genitali interni, è molto atrofizzato, sicchè si può dire che sia ridotto ad una quarta parte delle sue dimensioni naturali di pluriparità.

Prima di chiudere debbo porgere i più vivi ringraziamenti agli egregi Colleghi Rodolfi e Ragnoli per la intelligente e premurosa assistenza prestatami: ed al Dott. Perolio, non solo per questa, ma ancora per aver voluto, lui provetto nell'arte ostetrica, generosamente affidare a me la esecuzione di un atto operativo di tanta importanza.

Brescia, Febbrajo, 1888.

CASISTICA OSTETRICA

Stenosi pelvica di secondo grado (78 *mm.*) *per rachitismo. — Interruzione della gravidanza al principio del nono mese. — Presentazione della fronte. — Minaccia d'asfissia del feto. — Tentativi di estrazione col forcipe Naegle. — Morte del feto. Cranioclastia col processo faciale. — Puerperio fisiologico.* — Dott. A. Sani.

Il 25 Febbrajo dell'anno in corso fu accolta in questa Maternità E. P. di anni 30 attendente a casa. Narra di avere condotta una vita piuttosto laboriosa, ma di essersi sempre alimentata sufficientemente bene. Ha cominciato a camminare verso i 5 anni: a 15 anni ha contratto le febbri malariche, che l'hanno tormentata per 8 mesi circa. A 22 anni ha avuto il vajuolo di cui si veggono le stimmate per tutta la persona ma più specialmente nel volto. A 16 anni le comparve per la prima volta la mestruazione senza dolori e le durò da quattro o cinque giorni. Le ricomparve il mese dopo coi medesimi caratteri e così si è sempre mentenuta. È primigestante. Circa il 16 Giugno del 1887, ebbe l'ultima mestruazione, dimodochè l'epoca segnata dal calendario per il parto cadrebbe verso il 23 Marzo 1888.

Durante la presente gravidanza non ha sofferto alcuna malattia, non ha provato disturbi di sorta, però ad un esame accurato al suo ingresso in clinica fu riscontrata l'esistenza di un vizio di cuore molto grave (insufficenza della mitrale).

Dall'esame ostetrico resultò quanto appresso:

La linea medio-addominale pigmentata ed estendentesi 5 centimetri circa oltre la cicatrice ombellicale che appariva pianeggiante. Nei quadranti inferiori si vedevano numerose smagliature di recente data, come pure alla parte interna delle coscie.

L'utero presentava una forma ovoidale con una direzione obliqua verso destra. Le mammelle sono emisferiche, l'areola primitiva pigmentata ma poco estesa, manca l'arcola secondaria, il capezzolo è normale. La resistenza della mammella e la quantità della glandula mammaria è poca. — La secrezione sierosa. — Colla palpazione si avverte l'ovoide cefalico in basso, mentre il dorso era a destra e le parti piccole nel quadrante superiore di sinistra. L'ascoltazione rileva che il soffio uterino si trova nel quadrante inferiore di sinistra, e il battito cardiaco fetale nel quadrante superiore di destra, nessun altro rumore, eccetto quello dato dai movimenti attivi del feto, in tutto l'addome.

Ecco il resultato delle misurazini addominali:

Distanza Xifo-pubica	ctm.	35
» pubio-ombelicale.	»	19
Circonferenza addominale al bellico. . .	»	85
» Sottombelicale.	»	84
Semicirconferenza longitudinale	»	36
» trasversale	»	31
Diametro longitudinale	»	21
» trasversale	»	20

Il fondo uterino arriva all'arco costale di destra.

All'esame si nota che lo scheletro porta segni manifesti di rachitismo. — Bozze frontali prominenti. — Cartilagini condro-costali ossificate — i femori hanno una curvatura anteriore molto pronunciata — avvi pure un leggero grado di valgismo. — Scoliosi in alto e a sini-

stra della colonna dorsale. — Scoliosi a destra dell'ultima porzione della colonna dorsale e prima porzione della colonna lombare.

L'altezza della donna è di metri 1,40. La pelvimetria dà il seguente resultato:

Circonferenza pelvica	77
Distanza fra le S. I. A. S.	28
» fra le creste.	27
Diametro obliquo destro.	23 ½
» sinistro	25
Fra il pube e la S. I. A. S. destra.	17
» sinistra	18
Altezza della pelvi	19
Distanza fra i grandi trocanteri	28
Coniugata esterna	16
Coniugata diagonale.	88-90
Coniugata vera.	76-78

Col dito esploratore si raggiunge facilmente il promontorio che è spinto in basso. Si percorre tutta quanta la superfice anteriore del sacro avendo esso perduta la sua cavità normale ed avendo assunto invece una leggera convessità. Il coccige è spinto in avanti e saldato con l'ultimo pezzo sacrale. — La linea innominata di destra è quasi dritta per ¾ della sua lunghezza, la sua curvatura posteriore è pressochè scomparsa. A sinistra si accosta di più alla normale e la curvatura posteriore è assai accentuata. Tal fatto è dato da una rotazione che il sacro ha subìto da destra verso sinistra. Tanto da l'una parte che dall'altra la linea innominata presenta delle rilevatezze.

Al suo ingresso nella vagina il dito esploratore incontra una neoplasia che circonda l'uretra. Questa neoplasia ha forma rotondeggiante e l'accompagna per circa 3 centimetri nel suo decorso nell'interno del canal vaginale. Detta neoplasia allo esterno è in continuità con un tumore tondeggiante, duro assai, sviluppatosi nella spessezza del gran labbro di destra.

Stante la stenosi pelvica accennata fu creduto opportuno interrompere la gravidanza, essendo questa nei primordi del nono mese.

Infatti la sera del giorno istesso dell'ingresso in clinica, previe due irrigazioni calde e prolungate, fu introdotta nella cavità uterina una siringa elastica, del calibro 10. Tale introduzione avvenne senza la rottura delle membrane. Nelle prime ore del mattino del giorno di poi s'iniziò il travaglio. Le contrazioni uterine si mantennero regolari per tutta la giornata, e verso le ore quattro della sera la dilatazione era di 7 o 8 centimetri, la donna però era stanca di soffrire: ed alquanto agitata. Ad una esplorazione digitale fatta a questo punto si constatò la presentazione del fronte malgrado l'esistenza del tumore di parto, e del mantenersi la testa tutta allo stretto superiore, giacchè fu possibile avvertire, sfiorandola coll'apice del dito, un'arcata sopraorbitaria non che la radice del naso in corrispondenza della sinfisi sacro iliaca destra. L'agitazione andò aumentando tanto che verso le ore cinque si poteva dire vera e propria sovraeccitazione.

Il battito cardiaco fetale, che si era sempre mantenuto buono, incominciò a farsi irregolare, quindi non restava che intervenire prontamente.

Si procede prima all'amministazioue del cloroformio, ma con moltissima circospezione stante il vizio cardiaco già accennato. — Raggiunto un certo grado di cloronarcosi si applica il forcipe Naegle allo stretto superiore. — Dopo varii tentativi, che riuscirono infruttuosi, si estrae il forcipe e l'operatore si accinge alla craniotomia e all'applicazione del cranioclaste essendo venuti a cessare i battiti cardiaci fetali.

Per questa operazione furono adoperati il craniotomo e il cranioclaste del Braun. — La presa dello strumento non poteva riuscire migliore essendo cadute le branche

su tutta la lunghezza della bozza frontale di sinistra, sul mascellare superiore e inferiore del medesimo lato. Per far discendere la testa e per far la sua estrazione occorsero valide e ripetute trazioni. Prima del suo disimpegno, essendo l'ostio vulvo vaginale alquanto ristretto, onde impedire lacerazioni del permio, fu fatta l'episiotomia bilaterale. Anche le spalle richiesero una certa energia per portale allo esterno; e durante la loro estrinsecazione si notò che erano state stirate fortemente all'indietro.

Gli avambracci flessi sui bracci e incrociati fra loro erano collocati posteriormente in quella specie di doccia venuta a formarsi in seguito allo stiramento in dietro delle spalle. — Questa anomola situazione degli arti superiori del feto spiegava la presentazione del fronte, e ci autorizzava a dichiararla primitiva. — Il secondamento avvenne cinque minuti dopo, aiutato da un po' di spremitura essendo sopraggiunta una leggera emorragia. — Si fa quindi una copiosa lavatura intrauterina e si mette in quiete la donna.

Il feto pesava 2000 grammi era lungo centimetri 40,8.

Gli annessi erano completi e pesavano 320 grammi: sulla placenta si notavano numerose placche di degenerazione grassa.

In 6ª giornata la donna abbandonò spontaneamente la clinica in buone condizioni. — Nei 6 giorni di puerperio la temperatura raggiunse un massimo di 37,1 e un minimo di 36,5.

Procidenza del braccio e del funicolo ombellicale in donna gravida e ben conformata. — Riposizione del braccio. — Applicazione del forcipe Naegle nella parte alta dello scavo. — Feto vivo. — Puerperio fisiologico. — Dott. A. Sani.

N. N. d'anni 39, fu ricoverata nella sezione occulte di questa Clinica ostetrica il giorno 28 Febbraio 1888. Il suo mestiere, quale è quello di trecciaiola, le ha permesso di condurre una vita, fino ad ora tutt'altro che laboriosa, e si è potuta nutrire assai bene sotto tutti i rapporti. A quanto narra non ha mai sofferto di alcuna malattia. Ebbe la prima mestruazione a 14 anni. Fu regolarissima come pure le susseguenti, con una durata in media da 5 a 6 giorni. È stata gravida altre 6 volte regolarmente. Le gravidanze tutte sono terminate con un parto spontaneo al 9° mese seguite sempre da puerperi fisiologici. Per due volte ha provato ad allattare ma dopo qualche mese ha dovuto sospendere l'allattamento per debolezza organica.

Riguardo alla presente gravidanza ecco quanto sappiamo: il dì 30 Maggio 1887 ebbe l'ultima mestruazione; avvertì i primi moti fetali verso il quinto mese. L'epoca segnata dal calendario cadrebbe il 5 Marzo. Non ha provato nessuno di quei disturbi soliti a riscontrarsi specialmente nei primordi della gravidanza, come pure non ha sofferto alcuna malattia.

All'esame ostetrico fatto nelle prime ore antimeridiane del 28 Febbraio si trova che lo stato della donna è buono, la linea medio-addominale ha una pigmentazione intensa, la cicatrice ombellicale è pianeggiante, l'utero ha una forma ovoidale con una direzione obliqua da destra verso sinistra. Le mammelle emisferiche hanno

l'areola primitiva marcatissima, e disegnata distintamente quella secondaria, il capezzolo sporgente e normale, e sono ricche di tessuto glandulare. I tessuti attorno alla glandula sono un po' scarsi. Dal capezzolo spremuto fuoriesce un liquido lattiginoso. Con la palpazione si percepisce distintamente la testa allo stretto superiore, il dorso fetale a sinistra, le parti piccole nel quadrante superiore di destra; con l'ascoltazione si avverte il soffio uterino in ambedue i quadranti, più marcato però a destra, mentre il battito cardiaco fetale presenta il suo massimo d'intensità nel quadrante inferiore sinistro. Si fa la misurazione addominale dalla quale risulta la

Distanza Xifo-pubica	ctm. 34
» Pubio-ombelicale.	» 18
Circonferenza addom. al bellico (supina).	» 103
» sottombelicale (supina) . .	» 106

Il fondo uterino dista 3 ctm. dall'arco costale di sinistra.

Semicirconferenza addominale.	ctm. 30
» trasversale.	» 28
Diametro longitudinale (compasso) . . .	» 24
» trasversale	» 16

Lo scheletro è regolare. L'altezza della donna è metri 1,58. La Pelvimetria ci apprende che la

Circonferenza pelvica è	ctm. 96
Distanza fra le S. I. A. S.	» 24
» fra le creste	» 26
Diametro obliquo destro.	» 25
» » sinistro	» 25
Fra il pube e la S. I. A. S. destra. . .	» 16
» » sinistra . .	» 16
Altezza della pelvi	» 20
Distanza fra i trocanteri.	» 32
Coniugata esterna.	» 20

All'esame digito vaginale si trova una dilatazione di 6 a 7 centimetri, la testa allo stretto superiore alquanto mobile, e il braccio sinistro procidente, trovavasi un

po' posteriormente. Un poco più in alto, nell'angolo formato fra la testa e il braccio avvertivasi il funicolo ombellicale pulsante. Le membrane erano rotte, la vagina normale come pure l'ostio-vulvo-vaginale.

Fu tentata la reposizione del braccio. I tentativi dopo varii sforzi furono coronati dal successo. Si credette che lo stesso funicolo avesse seguíto, anche per la sua posizione, l'esempio del braccio, ma non fu così. Infatti ascoltato quasi subito il battito cardiaco fetale si trovò irregolarissimo, e ciò perchè riposto il braccio, il funicolo allungò la sua ansa e discese nello scavo. Anche la testa, tolto l'ostacolo del braccio, discese, e nella sua discesa venne a comprimere il funicolo.

Dinanzi al pericolo imminente del feto fu applicato sollecitamente il forcipe Naegle nello scavo, e si potè estrarre il feto tuttora vivo, ma gravemente asfittico. Fu fatta la respirazione artificiale e dopo una ventina di minuti vagì regolarmente. Tutto questo avveniva circa le 3 ant. del 27 Marzo. Il neonato era di sesso maschile, pesava 3120 grammi, era lungo 49 centimetri. I diametri della testa erano i seguenti:

Mento-occipitale.	Ctm.	130
Fronte-occipitale.	»	110
Bip^{e}. anatomico	»	90
Sottoccipito brigmatico	»	90
» frontale.	»	105
» mentoniero.	»	115
» bimastoideo	»	70
Mento-brigmatico	»	100
» frontale.	»	95
Trachelo frontale	»	100
» brigmatico	»	110
» occipitale	»	115
Biacromiale	»	120

Sterno-dorsale.	Ctm.	90
Sacro-pubico.	»	50
Bitro canterico	»	90

Cinque minuti dopo l'espulsione del feto, avvenne, in modo spontaneo il secondamento. Gli annessi erano in totalità e perfettamente normali; pesavano grammi 600. Il puerperio decorse fisiologicamente. Il massimo di temperatura fu 37,6 il minimo 36,6. In 9ª giornata la donna abbandonò la clinica in buone condizioni di salute.

RIVISTA

Un po' di rendiconto della Clinica Ostetrica di Pavia nell'anno scolastico 1886-87 e narrazione di nove laparotomie con otto guarigioni. Dott. Prof. A. Cuzzi. (*Gazzetta degli Ospedali*, n. 1, 2, 3, Anno 1887).

Il Prof. Cuzzi incomincia col riferire, dando alcune storie assai particolareggiate, di nove laparotomie eseguite per le seguenti indicazioni:

Castrazioni per fibromi. 2
Miomotomia doppia. 1
Isterectomia sopravaginale per mioma. 1
Ovariotomie . . . . . , ... 5

In queste ebbe a lamentare un solo decesso da attribuirsi non a cause settiche, ma alle tristi condizioni generali dell'operata. Fa certamente favorevole impressione questo risultato, anzi si può dire che non si potrebbe sperare migliore, tenuto conto della gravità di qualcuno degli atti operativi e delle grame condizioni di qualcuna delle operate. Il Professore di Pavia dice dovere attribuire questi risultati alle scrupolose precauzioni antisettiche che è abituato a mettere in atto quando esegue una laparotomia. Egli usa di una stanza riservata esclusivamente a questo genere di operazioni, lastricata di piastrelle impermeabili, colla finestra a doppia vetrata, e molto semplicemente ammobiliata, cioè, con un letto di operazione, due tavole di vetro e quattro lavabo pure di vetro. Il giorno antecedente ad un atto operativo fa lavare e disinfettare il pavimento. Tre ore prima dell'operazione fa agire a lungo due nebulizzatori, riempiendo di nebbia fenicata l'ambiente e disinfettando le pareti del locale. L'operatore e gli assistenti prendono un bagno prima della operazione, cambiandosi completamente biancheria; vestono pantaloni e lunghe vesti di tela accuratamente disinfettati, e si lavano la faccia con sublimato all' 1 ‰, e disinfettandosi la bocca con acqua fenicata all' 1 %. Si lavano unghie, mani ed avambraccia con sapone al solfofenato di zinco, spazzola e soluzione al sublimato. Nei

giorni antecedenti all'atto operativo vengono dati all'operanda tre o quattro bagni di pulizia: quotidianamente sono eseguite irrigazioni vaginali al sublimato e lavature della pelle dell'addome con spazzola, sapone ed acqua al sublimato. Due giorni prima dell'atto operativo viene somministrato un purgante salino e un giorno prima alcune cartine di magistero di bismuto (0,50) con oppio (0,01). Gli strumenti sono bolliti per mezz'ora in acqua fenicata e poi vengono asciugati con garza fenica e messi in ordine in apposite vaschette che al momento dell'operazione sono riempiute di acqua fenica. Le spugne e le flanelle per il ventre son fatte bollire per un'ora in acqua al sublimato e quindi bene spremute sono conservate in acqua al zincosolfofenato.

Pochissime persone sono ammesse ad assistere all'atto operativo.

Nell'anno 1886-87 il numero delle ricoverate nella sezione di ginecologia ascese a 309, e fu eseguito un numero notevole di operazioni ginecologiche.

Dall'elenco di queste operazioni, riassumendo, tolgo le seguenti cifre:

Amputazioni del collo uterino	n.	12
Discissioni. . . . . , ...	»	10
Raschiamenti e cauterizzazioni . . .	»	10
Ablazione di polipi.	»	10
Colporrafie.	»	7
Colpoperineorrafie . . . . . , . . .	»	7
Fistole retto-vaginali	»	1
Altre operazioni	»	8
Totale	n.	65

Per il rendiconto statistico della sezione di Ostetricia il professore Cuzzi dà le seguenti cifre:

Parti prematuri ed a termine semplici.	n.	105
» » » gemellari	»	4
Nati vivi	»	102
» morti	»	11
Aborti accidentali.		9

Operazioni eseguite

Estrazioni podaliche	n.	4
Forcipe allo stretto inferiore	»	4
» allo stretto superiore	»	2
» in presentazione della faccia	»	1
Rivolgimento classico per presentaz. della spalla.	»	2
Craniotomia e cranioclasi	»	2
Decollazione coll' uncino rachiotomo	»	2
Provocaz. del parto per stenosi pelvica	»	3
» del parto per vizio mitrale	»	4
» del parto per nefrite parenchimatosa	»	2
Secondamento artificiale	»	1
Parto forzato *post mortem*	»	2
Perineorrafie	»	3

Morirono undici donne, così ripartite:

Per polmonite comparsa in travaglio	n.	1
» pleurite iniziatasi prima del parto	»	1
» polmonite seguita da aborto	»	1
» nefrite parenchimatosa	»	4
» stomatite ulcerosa e catarro intestinale	»	1
» embolismo cerebrale da vizio mitrale	»	1
» placenta previa (cranioclastia)	»	1
» setticemia puerperale in seguito a ripetuti tentativi di rivolgimento (*a domicilio*)	»	1

Feti nati morti o in stato asfittico e non rianimati n. 11.
Si ripartiscono così:

Con parto provocato per stenosi pelvica	n.	1
» parto provocato per nefrite parenchimatosa	»	1
» forcipe allo stretto superiore	»	2
» rivolgimento	»	1
» operazioni embriotomiche sul capo	»	2
» operazioni embriotomiche sul tronco	»	2
» parto forzato *post mortem*	»	2

L'Autore infine presenta un quadro statistico della *morbilità febbrile del puerperio* del quadriennio scolastico del 1883-87, distinguendo il primo dal secondo quadrimestre di ciascun anno.

Da questo si rileva come tale morbilità andasse decrescendo notevolmente d'anno in anno e ciò per le misure profilattiche rese sempre più rigorose, specialmente per ciò che concerne le esplorazioni e l'assistenza al parto, fatte dagli studenti. Anzi a questo proposito pubblica le norme regolamentari che non sono davvero da tacciarsi esagerate, ma necessarie per una vera profilassi; i fatti stessi già esposti lo provano.

Riporto le cifre complessive che sono le seguenti per tutto il quadriennio:

Per i puerperii del primo quadrimestre

Febbrili.	73
Apiretici	165
Morbilità.	30,6 %

Per i puerperii del secondo quadrimestre

Febbrili.	29
Apiretici	158
Morbilità.	15,5 %

Per spiegare la maggiore morbilità dei primi quadrimestri, in confronto di quella che si verifica più tardi, il Prof. Cuzzi giustamente ritiene che durante il primo turno di guardia, gli studenti non pratici di antisepsis ostetrica e di esplorazione, si lavano meno bene le mani e producono maggior traumatismo nel canale genitale: più tardi la lavatura diventa più corretta e l'esplorazione più delicata. G. G.

Esperienze intorno alla trasmissione della rabbia dalla madre al feto attraverso la placenta e per mezzo del latte. Dott. Giuseppe Zagari. (*Giornale internaz. delle Sc. Med.*, fasc. 1, pag. 55).

Questo lavoro, come dice l'Autore, fa parte di un altro più esteso al quale attende da vario tempo, nell'intento di indagare se abbia luogo o no *il passaggio dei germi patogeni dalla madre al feto*, portando così un contributo alle conoscenze istologiche dei rapporti utero-placentari di madre e feto. Nella pubblicazione che ora ci occupa, si limita a comunicare le esperienze che riguardano la trasmissione del virus della rabbia.

Dopo aver citate le osservazioni fatte precedentemente da altri osservatori e sperimentatori, parla del rigore usato nella tecnica per evitare le cause di errori maggiori e meno facilmente evitabili che non nelle ordinarie ricerche di batteriologia.

L'Autore dice che furono adoprati strumenti a parte, previamente sterilizzati a 160° per la madre e per ciascun feto; non furono usate siringhe lavate semplicemente con potassa e acqua sterile, come talvolta si pratica, ma furono regolarmente tenute in pronto delle siringhe Tursini sterilizzate al calore di 160°, perchè ciascuna inoculazione fosse eseguita con una siringa a parte. Il modo di procedere che l'Autore ha tenuto è il seguente: Aperto il ventre della madre, senza ledere menomamente l'utero, fissa i lembi delle pareti addominali con lunghi spilli al tavolino; aperto in seguito l'utero ed estratti i feti, li trasporta ciascuno sopra un tavolino a parte. Denudati dagli annessi, sempre con nuovi strumenti, e fissatili bocconi, digrassa e disinfetta rapidamente la regione del dorso con etere e sublimato all' 1 $^0/_{00}$ e lava subito con alcool assoluto per scacciare le traccie di sublimato. Dopo di che rimuove i comuni tegumenti, incide la teca cranio-vertebrale ed asporta un pezzo di sostanza nervosa, impiegando per ciascuno di questi tre atti, un istrumento a parte sterilizzato. Ottenuta la emulsione della sostanza nervosa in brodo sterile, secondo che si fa ordinariamente, procede alla inoculazione degli animali di controllo, adoprando per ciascuna emulsione una siringa Tursini sterilizzata a 160°.

In questo modo l'Autore ha fatto parecchie esperienze e sopra a diverse specie di animali i quali venivano infettati di rabbia o per trapanazione o per la via dei nervi periferici. Nè alla morte degli animali si contentò di basare la diagnosi della rabbia sul periodo di incubazione e sul complesso dei sintomi morbosi, ma sistematicamente fece il passaggio del virus in altri animali.

Le esperienze riportate, fatte con vero rigore scientifico, sommano a 12. Per esse furono adoprati 12 animali pregnanti, 5 conigli, 6 cavie e una cagna, infettati alcuni con virus fisso, altri con virus di strada, la maggior parte per trapanazione e due per la via di un nervo periferico. Furono saggiati, per constatare l'eventuale passaggio del virus, 32 feti, inoculando gli animali di controllo sempre per trapanazione e non pure con la sostanza nervosa dei centri, ma anche con il liquido amniotico, col fegato e per fino con tutta la massa fetale. Furono passati a

rassegna feti di diverso grado di sviluppo, da quelli di pochi millimetri di lunghezza, sino a quelli a termine; e non soltanto feti che erano prodotto di lavoro abortivo, ma anche quelli trovati nell'utero materno alla morte della madre. Traendo partito da due esperienze, fu saggiata simultaneamente l'eventuale virulenza del latte e tre altre furono istituite espressamente a tale scopo.

La conclusione è stata, che *in nessuna delle esperienze fatte in molto svariate condizioni, non accadde di constatare il passaggio del virus rabico nei feti e nel latte.*

Prendendo argomento da queste osservazioni, l'Autore ritorna un poco sulla questione tanto discussa e controversa e già da lui trattata in altro lavoro, se il *virus rabico si trasporti veramente lungo le vie sanguigne e linfatiche o non piuttosto per la via dei nervi.* Senza escludere affatto la possibilità dell'assorbimento per la via del sangue, le sue osservazioni ed esperienze lo autorizzano a credere che la trasmissione per la via del sangue non sia il fatto più ordinario. Ciò starebbe dunque a confermare che il passaggio del virus rabico dalla madre al feto non possa essere che un fatto eccezionale, non potendosi questo meglio intendere, secondo l'Autore, che per la via dei vasi.

Questa interessantissima comunicazione è corredata di una ricca bibliografia sull'argomento in questione. G. G.

Cura della setticemia puerperale grave coll'amputazione del corpo dell'utero infetto.

Ecco la storia del caso operato da Schultze come si trova narrato nel *Deutsche medic. Woch.*, 1886, n. 44, p. 769 e seg.

Fanny Schneider di anni 20, primipara, partorì al settimo mese della gravidanza un feto che sopravvisse alla nascita pochi momenti. La placenta non venendo espulsa, la levatrice tentò di estrarla tirando sul funicolo, ma questo si ruppe. Un medico chiamato qualche ora dopo, tentò pure inutilmente di estrarlo, non permettendo la chiusura del collo di penetrare nella cavità uterina fino alla placenta.

La paziente allora fu condotta all'ospedale. All'indomani il passaggio non fu più facile. Furono inutili i bagni caldi, le correnti continue, la narcosi, e il solo dito indice poteva appena penetrare dentro il collo uterino.

La sera del 9 Settembre la temperatura del corpo si elevò a 39°,9 C., e la lochiazione divenne fetente.

Furono praticate dentro l'utero alcune iniezioni disinfettanti. La sera del 10 Settembre, addormentata profondamente la malata, fu tentata di nuovo la estrazione della placenta; ma un solo dito poteva giungere a fatica nel corno destro dell'utero ove si trovava la placenta. Si constatò che il fondo dell'utero era doppio, la metà sinistra era vuota e dava facilmente adito al dito; nella metà destra si trovava la placenta fortemente aderente, e col dito si potette estrarne solo un piccolo frammento. Si presentava la indicazione di togliere la placenta per mezzo della laparotomia, ma fu deciso di aspettare ancora, perchè i sintomi non erano troppo inquietanti e si conoscevano bene alcuni casi in cui la placenta putrefatta si era poi staccata spontaneamente.

L'11 di Settembre il termometro segnava la mattina 36° C., la sera 40,1; il 12 alla sera 40; brividi ripetuti e segni manifesti d'infiammazione peritoneale.

Il giorno dopo fu fatta la laparotomia. Non parve possibile a Schultze di fare un piccolo taglio cesareo placentare, nè di limitarsi all'amputazione della metà destra dell'utero: credette più necessario di togliere tutto il corpo dell'utero col metodo Porro.

Incisione sulla linea mediana dall'ombelico alla sinfisi del pube; l'intestino fu tirato al difuori dell'addome. Fu posto un laccio elastico attorno al collo, fu aperto l'utero e tolta la placenta fetidissima. La parete uterina era friabile, putrefatta fino a due millimetri al disotto del rivestimento peritoneale, la metà sinistra dell'utero scolorata; per cui fu necessario fare l'amputazione di tutto il corpo della matrice. Qualcuna delle anse intestinali vicina all'utero era arrossata e d'aspetto granuloso. Nessun essudato peritoneale. I legamenti utero-sacrali, sei giorni dopo il parto, erano così corti che una semplice operazione Porro era impossibile; allora questi furono legati e tagliati, l'utero e le ovaie portate molto in avanti, i legamenti larghi suturati fra le legature e il laccio elastico e la matrice amputata.

Come faceva Schroeder, Schultze preferisce di suturare il moncone uterino e di abbandonarlo nella cavità addominale, ma in quel caso speciale la superficie sezionata era troppo sospetta, e inoltre dagli spazi linfatici tagliati gemeva una specie di siero viscoso e puriforme; anche il peduncolo fu trattato secondo il metodo di Meyer.

Nel giorno della operazione, la temperatura rimase al disotto di 37 gradi, nel secondo e terzo giorno arrivò fino a 40°,2; oscillò in seguito intorno ai 39° e cadde a 38°; dopo il dì 1° Ottobre non oltrepassò i 37°,5.

Una cancrena superficiale si estese dal peduncolo alla parete addominale, ma si limitò ben presto.

Il nono giorno dopo la operazione fu ripulito il moncone uterino; e l'undecimo giorno fu tolto il laccio elastico; il tredicesimo furono tolti gli ultimi punti. La ferita addominale si riunì per prima intenzione e il moncone germogliante si retrasse.

Non si ebbero mai sintomi peritoneali; la malata si lamentò solamente nella seconda settimana di vivi dolori a una spalla; la guarigione fu presto completa.

In questo caso la setticemia uterina era di origine placentare e il secondamento non aveva potuto avvenire in parte a causa della cattiva conformazione dell'utero.

Ma anche nell'utero normale si può avere la ritenzione della placenta, oppure può darsi la setticemia uterina senza ritenzione di placenta; in questi casi si hanno le stesse indicazioni.

In riassunto tali indicazioni secondo Schultze sarebbero:

1°. Bisogna che vi sia nell'utero un focolaio d'infezione che possa esser tolto per le vie genitali;

2°. Bisogna che i sintomi della infezione sieno gravissimi;

3°. Bisogna finalmente togliere i focolai secondarii settici: trombosi, embolie disseminate attorno ad un focolaio principale. Schultze opina che attenendosi a queste indicazioni precise, con un taglio cesareo conservatore o coll'amputazione di un utero infetto, si potrà salvare qualcuna delle 11,000 donne che in Germania muoiono ogni anno in seguito ai loro parti.

G. G.

Cocaina in ostetricia.

Secondo il Phillips la cocaina ha dato sempre buoni risultati nella cura del vomito della gravidanza. Fra gli svariatissimi modi di amministrarla, ritiene come migliore quello per bocca, adoprando una soluzione al 5-10 per cento, di cui si danno 10 gocce ogni due o tre ore. A questa soluzione si può aggiungere un po' di tintura di corteccia d'arancia o di cloroformio. Nei casi ostinati crede si possa tentare anche l'applicazione di una pomata di cocaina (1 su 50 di vaselina) nell'orificio dell'utero.

G. G.

Frequenza delle malattie uterine e progressi della propedeutica ginecologica. Dott. L. M. Bossi.

Questo è il titolo di una interessante prelezione ad un corso di Ginecologia fatta alla Clinica Ostetrica e Ginecologica di Genova dal Dott. Bossi e pubblicata nei numeri 45, 46 e 47 della *Riforma Medica* di quest'anno. In essa l'Autore accenna alle principali teorie che hanno dominato e dominano intorno alla frequenza e alla genesi delle malattie uterine: enumera i mezzi diagnostici conosciuti e messi in pratica nei tempi che ci hanno preceduto e al presente. Si trattiene di prefererenza sulla *laparotomia a scopo esplorativo* di cui sembra caldo propugnatore, concludendo con Spencer Wells, con Thoruton, con Bantoch, con Emmet ecc., che opportunamente eseguita, tale operazione è un utile acquisto per la propedeutica e per la terapeutica ginecologica.

Rammentando le importanti ricerche anatomo-patologiche fatte recentemente, si augura che gli studii ginecolocici lanciati sopra una via veramente scientifica, trovino dei cultori assidui, appassionati anche in Italia, i quali attenendosi all'indirizzo anatomo-patologico, creino ed aiutino delle buone scuole, come già ne abbiamo qualcuna anche tra noi, utili al reale progresso della specialità.

In complesso questa lezione è molto bene ordinata, e non ostante la quantità delle nozioni esposte in breve spazio, non ha per nulla la forma di un arido sommario. G. G.

Isterectomia vaginale eseguita alla Clinica Chirurgica di Bologna, diretta dal Prof. Loreta. (*V. Raccoglitore Medico*, n. 1, pag. 35).

Questa operazione fu eseguita il 1° Dicembre 1887 in donna giovine di 25 anni, multipara, affetta da epitelioma del collo uterino senza infiltrazione dei fornici e dei parametri che all'esplorazione si manifestavano liberissimi.

Tralasciando gli altri particolari, riporto testualmente come è riferito dal Dott. Maurizio Bufalini, il metodo tenuto nella estirpazione di tutto l'utero.

Furono fatte abbondanti lavature antisettiche vaginali, cloroformizzazione, e previa siringatura, fu proceduto col termo-cauterio alla cauterizzazione delle vegetazioni epiteliomatose del collo uterino. Divenuto questo per tal modo più resistente, fu afferrato

con pinze del Museaux, e tiratolo in basso per quanto fu possibile, fu incisa la vagina nel suo fornice anteriore venuto quasi a fior di vulva, e introdotto il dito, fu dissecato il peritoneo dal corpo uterino che, afferrato con uncini ed aiutato dalle trazioni, eseguì il capitombolo accompagnato dalle due ovaie. Furono legate poscia le appendici uterine tanto destra, quanto sinistra, eseguendo tre legature per ognuna di esse, portando cioè il filo per la prima nella parte alta del ligamento largo, per le altre due man mano più in basso. e stretti i nodi furono incise le appendici dalla loro inserzione uterina. Curata l'emostasi con applicazione di pinzette emostatiche e col caustico attuale pei vasi sangninanti sia dell'utero, sia dell'appendici stesse, furono legati ed incisi i fornici laterali; posta infine una pinzetta robusta a morse piatte emostatica nel fornice posteriore, fu inciso per ultimo, lasciando in posto la pinza medesima; liberato in tal modo l'utero da ogni connessione, ne avveniva la sua caduta. Per un grosso tubo a drenaggio piegato a V introdotto in vagina e con i due capi fuori della vulva venivano eseguite prolungate lavature con Acido Borico al 3 per 100 a 40°-45°; il resto della vagina fu riempiuto con batuffoli legati, e con ovatta erano pure avvolte le aperture del tubo medesimo.

Non febbre, non disturbi di sorta; la minzione pure normale; il liquido che usciva dalle lavande giornaliere era limpido, e solo teneva sospesi qualche laccio staccatosi e alcuni pezzi di tessuto necrosato. Il giorno 5 Dicembre furono tolti i tamponi di garza e il 6 la pinzetta. Dopo 15 giorni dall'operazione la donna abbandonava il letto completamente ristabilita. G. G.

Diagnosi precoce del cancro uterino. Bouilli. (*Semaine Médicale*).

Le risorse che oggi possediamo per la cura del cancro uterino ci impongono di fare al più presto il diagnostico di questa affezione. Le difficoltà ed i rischi operatorii crescono coll'estensione e l'antichità della lesione, ed in questa regione più che per le altre, le controindicazioni divengono gravi passato un certo tempo. Il diagnostico del cancro dell'utero riposa sopra segni razionali che non possono dare che delle presunzioni, sopra segni fisici forniti da diversi modi di esame, sopra certe sensazioni accusate dalle ammalate. I segni razionali sono gli scoli di sangue o di liquidi di varia natura; essi però non hanno altro valore al principio che di richiamare l'attenzione sopra l'apparato genitale. Le metrorragie del cancro si presentano con forme e

varietà diversissime; la loro importanza sintomatica è assai differente, secondochè lo scolo sanguigno si ha in una donna giovane e regolarmente mestruata, od in una donna che ha già passata l'età della menopausa, e nella quale le regole sono scomparse da più anni. Nel primo caso se la emorragia non è straordinaria nella ricorrenza mestruale o negli intervalli, la donna non vi bada e sfortunatamente anche il medico molte volte ne tiene poco calcolo; nella donna attempata invece il fatto richiama assai più l'attenzione della donna e del medico, e sono in generale tali dati positivi per la diagnosi del cancro. Nelle giovani l'emorragia è piuttosto precoce e può verificarsi anche quando mancano tutti gli altri fatti della carcinosi. Le emorragie si presentano talvolta all'epoca mestruale, che sono esagerate in abbondanza e durata sia negli intervalli e nelle circostanze di uno sforzo, di una emozione, del coito. Lo scolo in questo periodo della donna non scompare completamente dopo che è constatato il cancro e si ha un gemizio quasi continuo. Nelle donne attempate, se non nei periodi avanzati, il cancro dà emorragie nè regolari nè costanti, talvolta a lunghi intervalli, ed il cancro si svolge con lentezza ed in silenzio. Nel primo periodo dell'iniziarsi del cancro uterino, gli altri scoli non hanno che ben poco valore dal lato del diagnostico; la leucorrea è un fenomeno così banale che attira raramente l'attenzione; l'apparizione frequente invece d'un liquido rosso o rosa è un segno della più alta importanza. È stato segnalato come un segno precoce del cancro del corpo dell'utero, lo scolo subitaneo di una grande quantità di liquido acquoso, chiaro, poco denso, coi caratteri di una vera diarrea, ma non è che di alcune varietà di cancro del corpo; sembra tale scolo più frequente con certe varietà di fibromi uterini interstiziali o sottomucosi, la presenza dei quali esagera le secrezioni uterine e di cui il volume comprime l'orifizio del collo che viene perciò sforzato ad intervalli dal liquido raccolto. L'odore fetido non è un carattere costante nè patognomonico del cancro; certo però che quando il cancro è largamente ulcerato, l'odore acquista una importanza speciale. In alcuni casi il cancro può arrivare al suo ultimo periodo, senza che si abbia scolo fetido; come pure può questa fetidità esistere in certi casi, in cui non si ha la menoma ulcerazione cancerosa, come per esempio, nei polipi uterini, negli scoli mucosi e purulenti della vagina; infine certe donne presentano una leucorrea uterina o vaginale semplice o blenorragica che a certi momenti può acquistare un fetore eccessivo.

In quanto al dolore, si ritiene che tutti i cancri sono dolorosi, e che la mancanza di questo possa far dubitare se si tratta di cancro; il Verneuil ha dimostrato che ciò è errato, ed il dolore può mancare o variare secondo i periodi. Il dolore manca al principio e può mancare per lungo tempo nel cancro dell' utero. Fino a che la lesione resta limitata al cancro dell' utero ed anche quando ha invaso la mucosa del corpo, le pazienti non soffrono. Il dolore è più frequente nelle affezioni semplici non neoplastiche dell'utero, nelle metriti del collo e del corpo che si accompagnano a sensazioni di peso, di stiramento nel basso ventre ed ai lombi, sensazioni che mancano affatto nel cancro dell' utero al principio. Il dolore appare quando il tessuto cellulare periuterino è invaso; il che dà anche una controindicazione all'operare. Dal punto di vista clinico le condizioni del diagnostico precoce si rinnovano alle tre circostanze seguenti: 1° Una infiltrazione limitata o diffusa del collo senza ulcerazione; 2° Un' ulcerazione di una delle porzioni del collo accessibili alla vista ed al tatto; 3° Una infiltrazione od una ulcerazione della porzione cervicale inaccessibile direttamente ai mezzi semplici di esplorazione. L'autore fermandosi a considerare queste condizioni, trae i seguenti precetti pratici: 1° Una infiltrazione diffusa o limitala del collo uterino, che al tatto dà la sensazione di un indurimento totale o parziale dei tessuti sottostanti, non può essere confusa che con una metrite cronica, con sclerosi o con un mioma del collo. La circostanza che stato simile non si accompagna da ulcerazione nè sul collo nè all' interno del collo è un elemento importante in favore della natura benigna dell' indurimento. La vera certezza non può essere data che dall'esame microscopico di una particella di tessuto, ed in questi casi dopo qualche giorno di osservazione, questo esame si impone. Conviene aggiungere che questa forma di infiltrazione diffusa è rara nel primo periodo del cancro e si accompagna più di sovente ad una ulcerazione, di cui i caratteri non lasciano alcun dubbio. Più difficile è il caso in cui si ha uno indurimento parziale, che può far pensare ad un mioma sottomucoso. Fra una nodosità cancerosa ed un piccolo mioma, che piccola *nuance* per un dito non esercitato ! ! Anche in questo caso occorre l'esame microscopico. 2° Esiste un' ulcerazione sopra una delle porzioni del collo accessibile alla vista ed al tatto. L' ulcerazione ha sede sopra una delle labbra del muso di tinca od all'interno del collo al di sotto dell'orifizio interno. Nel primo caso si tratta di un cancroide superficiale del collo. L' ulcerazione di

questo genere è facile a riconoscersi, essa riposa sopra un tessuto *indurito*, possiede bordi *induriti*, il tessuto uterino è fungoso e bitorzoluto alla sua superficie e qualche volta perforato e scavato, come se avesse avuto una perdita di sostanza superficiale. Questa ulcerazione ha sua sede frequente sopra una delle labbra dell'orifizio del muso di tinca e frequentemente anche penetra nell'interno della cavità cervicale. Qui il dito è il miglior strumento di esplorazione; una ulcerazione avente sede sopra un labbro indurito del collo deve essere considerata come assai sospetta. La vista non può dare risultati che dopo la dilatazione dell'orifizio uterino. In un caso dubbio l'autore sarebbe disposto ad adottare il metodo di dilatazione lenta proposta dal Prof. Vulliet. Nei casi difficili il raschiamento col cucchiaio tagliente potrà far esportare frammenti per l'esame microscopico. Infine ad un periodo più avanzato, quando il collo sarà coperto da vegetazioni fungose o da bottoni od ingrandito per una ulcerazione crateriforme, il diagnostico non presenta alcuna difficoltà. 3° L'infiltrazione e l'ulcerazione che hanno sede nella porzione più elevata del collo e di cui le parti vicine sembrano sane. Qui il caso non può essere che sospettato; l'emorragia ripetuta ed abbondante al di fuori di ogni lesione apparente del collo, appartiene così al fibroma che al cancro, e la diagnosi non può essere fatta che per la ispezione diretta. La misura della cavità uterina coll'isterometro, la direzione seguíta dall'istrumento nel suo tragitto intrauterino, la dilatazione lenta del collo col metodo Vulliet sono i mezzi di diagnosi, di cui noi disponiamo in simili casi. L'assenza di allungamento dell'utero, la conservazione della cavità uterina senza salienze nè deviazioni del canale, la presenza di una ulcerazione direttamente messa a nudo per la dilatazione, bastano a stabilire il diagnostico fra cancro e fibroma interstiziale o sottomucoso. In ultimo resta per conferma l'esame microscopico. Conviene in seguito apprezzare la forma e l'estensione del cancro, cioè a dire, i suoi rapporti colle parti vicine. Dal punto di vista pratico poco importa la varietà istologica del neoplasma; la condotta non varia, sia che si tratti di un epitelioma pavimentoso o di un cancro del collo o della mucosa vaginale, o di un carcinoma della mucosa uterina o del tessuto sotto-mucoso. Il punto più importante è di riconoscere il limite. Gli elementi per un apprezzamento si traggono dall'esame locale e da certe sensazioni accusate dalle pazienti, sensazioni che nel caso particolare acquistano un valore considerevole. Si è al tatto che si devono

domandare i principali ragguagli; il dito fa sentire la conservazione o la distruzione del collo uterino, fa riconoscere la profondità normale del cul di sacco, l'indurimento della parete vaginale in corrispondenza della sua inserzione uterina; dà la sensazione particolare di una placca dura, come cartilaginea, inserta nella porzione superiore della vagina, sopratutto alla sua parete posteriore. Si scopre così la presenza di cordoni più o meno cilindrici situati nello spessore di questa mucosa, qualche volta il restringimento e l'indurimento di tutta la porzione superiore del condotto vaginale, indurimento qualche volta tanto grande da non permettere l'introduzione e l'apertura dello *speculum*. Assai importante è la ricerca della consistenza del cul di sacco vaginale. Col tatto si osserva pure la mobilità dell'utero. Se questa è facile in tutte le direzioni si ha la quasi certezza della integrità delle inserzioni vaginali e del tessuto cellulare periuterino. Degli antecedenti di pelvi-peritonite e di perimetrite possono gettar l'incertezza sopra l'apprezzamento della causa di immobilità dell'utero. È bene di tenerne calcolo nel caso di coincidenza di cancro; ma il più di sovente la diminuzione o la perdita della mobilità indica l'invasione del tessuto cellulare periuterino per parte della neoplasia. Nelle donne magre la palpazione ipogastrica può utilmente combinarsi colla esplorazione vaginale. La palpazione profonda permette di riconoscere sui lati dell'organo delle parti dure, resistenti, che sono ganglii induriti ed infiltrati. I fenomeni dal lato del retto sono poco accusati al principio. Il tatto rettale può essere molto utile.

Iniezioni sottocutanee di Ergotina. (*Centralb. f. Gynéc.* n. 28, 1887).

Bumm ritiene che per le iniezioni sottocutanee di Ergotina bisogna lasciare da parte le pareti addominali e scegliere di preferenza la regione delle natiche, perchè ivi sono meglio tollerate, perchè anche meno dolorose. L'Autore dice inoltre che il liquido per l'iniezione deve essere a un titolo piuttosto debole perchè non riesca irritante.

L'ago deve esser confitto senza esitazione fino ai muscoli delle natiche come si pratica per le iniezioni di calomelano e di sublimato nei sifilitici. G. G.

ANNALI DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

SOMMARIO. — Cinque casi di gravidanza estrauterina. Nota clinica. Dottore Emilio Fasola. *Pag.* 145. — Alcune esperienze sul laccio elastico nel governo intraperitoneale del peduncolo. Dott. A. Martinetti. *Pag.* 164. — Casistica Ostetrica. Dott. Gino Gelli. *Pag.* 170. — Rivista. Entrata di aria nelle vene dell'utero nella placenta previa. *Pag.* 177. — Contributo allo studio delle anomalie dell'utero. 178. — Sopra l'adenoma della cervice sospetto e maligno. 184. — Di alcune operazioni ostetriche praticate sotto una corrente di acqua e fuori del contatto dell'aria. 185. — Azione della ergotina sopra la involuzione uterina. 186. — Aderenza completa della placenta. 187. — Espulsione di un fibroma uterino per mezzo della elettrolisi. 187. — Morte subitanea per emorragia nella cavità addominale durante la mestruazione. 188. — Corrispondenza. Prof. L. Mangiagalli. 189. — Avviso: Accademia Medico-fisica Fiorentina. 191.

REGIO ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI FIRENZE

diretto dal Prof. Cav. Ufficiale

DOMENICO CHIARA

SURGEONS OF ENGLAND
MAY 88
LIBRARY

CINQUE CASI DI GRAVIDANZA ESTRAUTERINA.

NOTA CLINICA

DEL

Dott. EMILIO FASOLA Aiuto Professore

Nel triennio 1883-85 si osservarono nella Clinica cinque casi di gravidanza estrauterina.

1883, n. 223. — Emilia R. di anni 32, è donna magra, asciutta con segni di non comune robustezza. Mestruata a 13

anni, ebbe regolari le mestruazioni successive, accompagnata da comportabili dolori pelvici nei primi due giorni; dal matrimonio ebbe un parto nel 1879; gravidanza, parto e puerperio fisiologici. In seguito si ripristina la mestruazione e si mantiene regolare fino all'Agosto 1883. Manca la mestruzione di Settembre, per cui si sospetta di gravidanza, senza fenomeni simpatici. Al 10 Ottobre, primo giorno del periodo mestruale, dolori pelvici assai forti, ed emissione dalla vagina di un grumettino grosso come una nocciola. I dolori perdurano e costringono la signora a stare in letto.

Nella notte del 28 Novembre (mestruazione sempre mancante) imponente quadro fenomenico della peritonite, che cede ai mezzi di cura porti dal Dottore curante; ma scongiurato il pericolo della peritonite, la donna rimane sofferente più che non fosse in Ottobre. Qualche febbriciattola, inappetenza, dimagrimento, fitte dolorose accessuali al quadrante inferiore sinistro dell'addome.

Il Prof. Chiara, invitato dal curante, vedeva la paziente il 12 Dicembre, e trovava:

Mammelle bene sviluppate, con secrezione di siero limpido; pigmentata l'areola primitiva, e sviluppati i tubercoli del Montgomery; leggermente pigmentata la linea medio-addominale; ottusità non bene limitata alla fossa iliaca di sinistra, che è dolente e resistente alla pressione; tumore rotondeggiante elastico, a superficie regolare, esteso dall' ipogastrio alla fossa iliaca di destra, che ne è invasa, ed elevantesi di circa tre dita trasverse al di sopra del pube. Genitali esterni congesti; polso vaginale in ambedue i fornici laterali; collo dell' utero piccolo, un po'rammollito, portato leggermente a destra; corpo grosso, che costituisce il tumore avvertito colla palpazione addominale a livello dell'ipogastrio e della fossa iliaca di destra; attraverso il fornice posteriore, e sinistro, che sono dolenti e resistenti, si sente un tumore

di oscura fluttuazione. Dal risultato dell'esame il Professore era portato al giudizio di gravidanza extra-uterina: ma questa era ancora in corso, o finita con la rottura della cisti e quindi peritonite ed ematocele incapsulato?

Gli è quanto solo un esame diligente e più volte ripetuto poteva dire. Per consiglio del Professore la paziente ricoverava nella clinica ostetrico-ginecologica la sera del 14 Dicembre; il quindici Dicembre l'esame ripetuto dava i risultati del primo, più con la sonda uterina si esplorava l'utero, che appariva vuoto, e misurante 11½ ctm.

Convinto trattarsi di gravidanza fuori-uterina in atto, cosa fare? Il Professore si decide per la puntura parzialmente evacuatrice, e per la corrente elettrica continua, con rare interruzioni.

Per la via vaginale si aspira col trocarre capillare un bicchiere di liquido di colore roseo, che non dà coagulo e contiene appena traccie di albumina, per cui viene escluso l'essudato peritonitico, e il cistoma ovarico. Il 22 si dà principio alla corrente elettrica continua, ottenuta da 20, e poi da 30 coppie a bisolf. di mercurio; la corrente dura 10 minuti con interruzioni ad ogni minuto. Questa terapia fa soffrire assai la donna per dolori, contrazioni uterine, febbre da 38° a 39,5: si continua colla corrente fino al 29 Dicembre, nel qual frattempo venne un po' di sangue dai genitali, ed un lembo di membrana che il microscopio dimostrò mucosa uterina.

Il tumore va diminuendo, si fa bernoccoluto e resistente, ma la donna soffre dolori lombari, vomiti, cardiopalmo, inappetenza, vertigini, lipotimie: il 12 Gennaio i fenomeni morbosi toccano l'apogeo, e nella notte la burrasca cessa come per incanto. Il mattino del 13 la donna afferma di sentirsi bene, e il bene persiste sì che il 20 Gennaio si permetteva alla paziente di lasciare il letto. In questo frattempo aveva avuto montata lattea, con se-

crezione di colostro prima, e poi di latte perfetto, esaminato al microscopio; il tumore diminuiva notevolmente e rapidamente, e il 29 compariva la mestruazione. Nessuna traccia del tumore si ritrovava a quest'epoca.

1884, n. 167 e 254. — Bril.... Palmira di anni 34, maritata; entrava nella Maternità il 19 Agosto 1884. Aveva sempre condotto una vita piuttosto comoda, e si era sempre bene nutrita. Non aveva mai avuto nessuna malattia d'importanza. La prima mestruazione l'ebbe all'età di 14 anni senza dolori od altre molestie: le mestruazioni susseguenti furono sempre regolari per periodo, durata, quantità e qualità del sangue.

Avanti dell'attuale aveva avuto 6 gravidanze, delle quali cinque giunsero felicemente a termine, una s'interruppe spontaneamente senza causa apprezzabile nel corso del secondo mese. Parti e puerperii fisiologici; allattò solamente il 1° ed il 5° figlio, perchè tale funzione le arrecava cefalea, disturbi visivi e la rendeva gravemente anemica.

L'ultima mestruazione era stata il 7 Maggio 1884, per cui il termine della gravidanza sarebbe caduto al 12 Febbraio 1885. Nei mesi di Maggio e Giugno la donna soffrì molto per vomiti insistenti.

Al momento dell'ammissione la donna appariva molto sofferente, emaciata; masse muscolari flaccide, scarso il pannicolo adiposo, mucose pallide: la deambulazione le era impedita da forti dolori. Raccontava che verso la metà del mese di Luglio si mise in letto perchè presa da forti dolori e crampi agli arti inferiori, che s'irradiavano pure a tutto il tronco. Consultato un pratico, questi le ordinò semicupi, unzioni con belladonna all'ipogastrio, clisteri laudanizzati ecc. Ma ciò non ostante i mali andarono sempre aumentando; si aggiunse la impossibilità dello stare seduta e della deambulazione, stipsi osti-

nata, difficoltà nell'orinare, e per questo volle esser ricoverata alla Maternità.

All'ispezione e palpazione addominale si trovò una notevole prominenza all'ipogastrio, che fu ritenuto doversi attribuire a sovrappienezza della vescica urinaria. Infatti con la siringatura si estrassero quasi due litri di orina, e l'intumescenza scomparve. Non era sensibile nè alcun tumore, nè l'utero gravido, sebbene la donna ci fosse inviata con diagnosi di gravidanza al terzo mese. Però la palpazione destava vivi dolori nelle fosse iliache.

Segni di gravidanza si avevano dalla pigmentazione di varie parti del corpo, (areole, linea mediana addominale, genitali esterni), dalla secrezione sierosa delle mammelle e dalla tumefazione pseudoedematosa dell'areola primitiva.

Al riscontro digito-vaginale si notava la scomparsa tanto del fornice anteriore quanto del posteriore; il collo dell'utero rammollito e schiacciato contro la sinfisi pubica e un poco a destra; l'orificio esterno aperto tanto da permettere il passaggio della falange ungueale del dito esploratore; il fornice posteriore è spinto in avanti da un'intumescenza del volume di una grossa arancia, pastosa, regolare, dolente al tatto, non spostabile. Da questi dati si scende nel concetto diagnostico di gravidanza nel corso del 3° mese in utero retroverso, imprigionato nella concavità sacrale, espanso ed assottigliato nella parte posteriore ed inferiore, verso la vagina, perchè là trovava minore ostacolo all'espansione. Seguendo questo concetto si volle tosto tentare la riduzione dell'utero, facendolo risalire al di sopra dello stretto superiore. Introdotta la mano in vagina fu applicato il margine radiale del dito indice semiflesso in corrispondenza del collo uterino, ed il margine radiale del medio, pure semiflesso, contro il corpo dell'utero. Forzando in tale maniera si riusciva dopo pochi tentativi ad ottenere la completa riduzione

dell'utero. Ottenuta questa, la donna cadde in deliquio che però ebbe breve durata.

Fu somministrato qualche eccitante e fu posta una vescica di ghiaccio sul ventre. I piedi del fondo del letto furono alzati per l'altezza di 30 ctm. circa per favorire anche meccanicamente la posizione dell'utero al di sopra dello stretto superiore. Nei primi 4 giorni si ebbe una lieve peritonite locale, che portò rialzo termico vespertino, con temperatura massima 38°,3, e forti dolori all'ipogastrio e intrapelvici. Quindi sino al decimo giorno si ebbe un periodo di calma; ma allora tornarono in scena fenomeni peritonitici inquietanti, stipsi e quasi impossibilità di orinare. Nel 16° giorno, ossia il 4 di Settembre, al riscontro digito vaginale si ritenne essersi di nuovo l'utero retroverso e fissato allo stretto superiore; qua e là si sentivano punti duri ed alcuni un po' pastosi, ma non fluttuanti. Il corpo pareva aumentato in volume. Praticando la manovra già eseguita l'altra volta, l'utero o meglio quell'intumescenza risalì sopra lo stretto superiore. Coll'ascoltazione si sentì nella regione ipogastrica il soffio uterino assai distinto. Ancora per 16 giorni si ebbero fenomeni di peritonite localizzata, ma la temperatura non toccò che una sola volta i 39°,5. Per combattere l'elevarsi della temperatura fu a quando a quando somministrato del bisolfato di chinino: mediante clisteri si cercò di tenere il retto sempre vuoto.

Alla fine del Settembre si potè credere che l'utero respinto al di sopra dello stretto addominale, si sviluppasse oramai regolarmente nella cavità dell'addome. Dalla fine del Settembre al 7 di Ottobre la donna non provò alcun disturbo, e in quel giorno la donna chiese ed ottenne di lasciare la clinica.

Fu riammessa il 4 Dicembre seguente col n. 254 sez. legittime. Narrava che dall'uscita dalla Clinica era quasi sempre stata in letto non per dolori ma per spossa-

tezza. Aveva sofferto stipsi, però la mizione si era regolarizzata. Le sue condizioni furono buone fino alla sera del giorno 19. Allora tornarono in scena dolori intensi all' addome e fortissimi alla regione sacro-lombare. La temperatura ascellare era 39°. P. 134. R. 28. Dalla vagina usciva un liquame fetente, giallastro, sciolto, ma che conteneva dei piccoli stracci che stretti fra le dita parevano composti di sostanza grassosa. Furono fatte lavande vaginali e una applicazione terebentinata alla regione sacro-lombare.

L'addome presentava all' ispezione una forma irregolare, perchè mentre si poteva dire tumefatto in massa, pure si notavano due protuberanze, una a destra, l'altra a sinistra della linea media addominale e un po' al di sotto dell'ombelicale trasversa. La palpazione era quasi impossibile per l' iperestesia delle pareti addominali, che avevano valide contrazioni al solo contatto delle mani. Queste contrazioni erano notevolissime in corrispondenza della protuberanza già sopra notata di destra, tanto che fu ritenuto esser quivi la zona d'inserzione della placenta. Al riscontro non si sentiva assolutamente il collo uterino, ma nello stretto superiore si sentiva immesso un tumore liscio, a pareti poco spesse, fluttuante, e attraverso le pareti si sentivano varie parti, che sebbene mutabili avevano caratteri di parti piccole fetali. Il battito cardiaco fetale si sentiva nel quadrante inferiore destro, 2 dita trasverse al di sopra del pube. Nei quadranti inferiori si sentiva eziandio un soffio, sincrono col polso materno, fortissimo; e più in alto al di sopra della linea ombelicale trasversa altro soffio sincrono con l'altro notato, ma proprio fischiante.

Avendo già ritenuto sino dalla prima volta che la Bril.... fu in clinica, che vi fosse espansione del segmento postero-inferiore dell' utero retroverso, ora fu ammessa una dilatazione sacciforme del segmento inferiore; e si

ritenne che il collo dell'utero fosse rotato e spinto in avanti sino sopra la sinfisi pubica.

Nei giorni 20, 21, 22 la donna sentiva dei dolori intrapelvici e addominali, e solo per la loro sede la malata escludeva di essere in travaglio. Nella notte fra il 23 e il 24 diventarono più forti e periodici, e parevano partirsi dalla regione lombare; cosicchè la donna credè che fossero i dolori del parto, ma esplorata ripetutamente non si riuscì mai ad arrivare al collo.

Nel giorno 25 la donna appariva spossatissima; da molte notti non dormiva più, decombeva sul letto, riuscendole penoso qualunque movimento. T. 37°,6. P. 112. R. 26. Cosicchè si volle rendersi ragione del come procedevano le cose, e primieramente del come si comportava il collo uterino. Per questo alle ore 3 pom. si cloroformizzò la donna, e fu esplorata introducendo in vagina tutta la mano, mentre la donna era stata posta sul fianco sinistro. Si riuscì a sentire il collo dell' utero raccorciato, ma chiuso, due dita trasverse al di sopra del pube e spostato dalla linea mediana verso sinistra. Ma mentre l'orificio guardava a sinistra, si apprezzò che la direzione del collo era verso destra, e verso appunto quell'intumescenza che aveva contrazioni ritmiche, e che si credè quella parte della parete anteriore dell'utero meno distesa e dove forse era inserita la placenta. Durante la cloronarcosi, la respirazione divenne irregolare, e la faccia della donna si fece cianotica. Però appena, finita l'esplorazione, fu allontanata la mascherina, la donna si riebbe e parve completamente ristabilita. Frattanto il Prof. Chiara si decideva ad aprire il fornice posteriore della vagina ed estrarre di lì il feto, non appena che le condizioni della donna fossero migliorate tanto da permettere senza pericolo l'intervento.

Ma ad un tratto, alle ore 5 pom., la donna accusò un dolore acutissimo alla regione precordiale, si abban-

donò sul fianco sinistro, ed entrò in agonia. In questo momento l'ascoltazione del battito cardiaco fetale fu negativa, ma nonostante si preparò tutto per eseguire il taglio cesareo tostochè la Bril.... fosse spirata. L'agonia non durò più di 10 minuti: cessato l' ultimo respiro, si procedè alla laparotomia sulla linea mediana, ma piuttosto in alto per evitare di cadere sul collo uterino. Dopo la dieresi delle pareti addominali apparve l'utero, congesto, pastoso, come l'utero gravido. Inciso, ebbe una piccola emorragia, come se venisse dai seni venosi materni. Arrivati in una prima cavità non si potè bene conoscere se si era dentro il cavo uterino, tanto la compressione aveva mutati i rapporti. Seguitando ad incidere si giunse nella cavità entro cui era ritenuto il feto, e che si credeva essere una dilatazione sacciforme del segmento postero inferiore uterino. Ne uscì liquido amniotico, bianco-giallastro fetentissimo, e ne fu estratto un feto morto di sesso femminile, del peso di grm. 1500, della lunghezza di ctm. 36 e mezzo, con un biparietale anatomico di millimetri 80. La placenta, tirata dal funicolo lungo solo 24 ctm., venne fuori attaccata al feto: l'inserzione del funicolo era velamentosa; placenta, funicolo e la parte di membrane estratte, pesavano grm. 360. La placenta circolare aveva una zona di circa 18 ctm. di diametro.

Necroscopia 36 ore dopo la morte. Le pareti addominali furono sollevate tutte di un pezzo portando un taglio da una fossa iliaca in alto sino al margine costale, attraversando l'epigastrio, e scendendo all'altra fossa iliaca. Fra le anse intestinali si vedeva molto liquame sporco analogo a quello contenuto nella cisti. Gli intestini di un colorito pallido erano ricacciati in alto. Remossi sino alla S iliaca si vedeva che la parte bassa dell'addome al di sopra dello stretto superiore è occupata da un tumore flaccido e molto irregolare nel suo aspetto. Sulla sinistra si vede l'utero diviso longitudinalmente nella pa-

rete anteriore e posteriore: è ricoperto dal peritoneo, che passa anche sul fondo del tumore, e sull' S iliaca: l'intestino da questo punto all'apertura anale è intimamente contiguo al tumore, o meglio alle pareti della vasta saccoccia. Questa si era sviluppata nella metà sinistra del bacino, e crescendo aveva spinto in alto e a destra l' utero con i suoi annessi in alto e in avanti la vescica, in alto la porzione dell' S iliaca e a destra l'ampolla rettale, ed aveva contratto aderenze validissime con tutti questi organi. A livello del fondo uterino si vede sulla sacca un'ecchimosi larga quanto una moneta di due centimetri e nel centro un foro, come una smagliatura. Per quello la cavità peritoneale comunica con la cavità cistica. In questa si entra pure per la grande breccia fatta attraverso l' utero. L' interno della cisti era quasi che vuoto, solo a sinistra e in basso, cioè in quella parte che scendeva nello scavo, vi era qualche grumo e qualche residuo di tessuto placentare; quivi appunto appariva la zona d' inserzione della placenta. Questo ci spiegava perchè al riscontro digito-vaginale si sentisse una resistenza, che non avremmo dovuto avere, laddove la semplice parete della cisti fosse stata a contatto del fornice. Lo spessore della parete cistica era varia; al fondo in media misurava 6 millim., in basso 4 millim., ma in alcuni punti dove stava inserita la placenta, era membraniforme.

L' utero aveva subìto l'evoluzione della gravidanza essendo cioè pastoso e muscolare. La cavità cervico-uterina misurava ctm. 13, di cui 10 e mezzo pel corpo, 2 e mezzo pel collo. Lo spessore delle pareti nella zona mediana era millim. 18, al fondo 10 millim., nel segmento inferiore millim. 8. I vasi erano grandemente aumentati di diametro.

Niente di notevole nelle altre parti del cadavere.

1884, n. 192. — Amalia N. attendente a casa. Nessuna malattia nell'infanzia: mestruata a 14 anni, ebbe regolari le successive mestruazioni: tre gravidanze regolari con parto normale: l'ultimo puerperio morboso, 10 anni or sono, e allora la donna dovè stare a letto per oltre due mesi. Due allattamenti regolari. Entra in clinica il 20 Settembre 1884.

Il 20 Luglio aveva l'ultima mestruazione. In principio di gravidanza la paziente aveva provato malinconia, grande desiderio di frutte, e aveva notato un aumento notevole nel volume delle mammelle.

Pochi giorni dopo l'ultima mestruazione l'inferma cominciò ad avvertire un senso di molestia alla regione ipogastrica, accompagnato da punture e formicolio alle gambe; disturbi che imparò a modificare con efficacia mediante applicazione di compresse calde all'ipogastrio. Il 20 di Agosto, poco dopo esser discesa dal letto, senza aver fatto sforzo alcuno, fu colta da fortissimi dolori al basso ventre, con vomito leggero e perdita di mucosità sanguinolenti dai genitali, fenomeni tutti che scomparvero in breve, per ricomparire con la medesima intensità e durata tre giorni dopo. Il primo di Settembre riapparizione dei dolori, e metrorragia alquanto più abbondante. Viene fatto alla malata qualche clistere laudanizzato, e ripetuti bagni generali in acqua a 38° C.: dopo il quinto bagno veniva espulso dai genitali un lembo di membrane.

In seguito l'inferma cominciò a migliorare sensibilmente.

Col riscontro vaginale praticato il giorno di entrata nella clinica ostetrico-ginecologica, si trovava la vagina liscia, ampia; l'utero abbassato, immobile; i fornici tesi ed occupati da grosse masse di essudato, sensibili alla pressione: scolo di mucosità sanguinolenti della vagina. Temperatura massima nella giornata 38°,3.

Formulata la diagnosi di ematocele retrouterino da

gravidanza extrauterina, col riposo, con una terapia ricostituente, con irrigazioni vaginali ripetute mattina e sera, si ottiene in tempo non lungo la guarigione della donna.

Riporto i due capi seguenti dalla pubblicazione del Dott. assistente Martinetti (Casistica di Ostetricia e Ginecologia — *Annali di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria*, pag. 170 anno 1885).

1884, n. 199. — Giovanna Mollesini, di anni 37, cuoca, coniugata, era ammessa nelle nostre sale il 26 Settembre 1884. Niente di speciale nell'anamnesi. A sette anni ebbe il vaiuolo; a 15 anni si stabilì normalmente la funzione catameniale, che di poi fu sempre regolare nel periodo di ritorno, durata, quantità del sangue, ma questo assai spesso aggrumato, e l'espulsione dei grumi cagionava dolore. Nel 1875 passò a marito: nel 1876 rimase incinta, la gravidanza fu buona e finì con un parto normale, susseguito da puerperio fisiologico. Quindi le mestruazioni ripresero il corso che avevano precedentemente E così senza nessuna circostanza che attirasse l'attenzione della donna si giunse sino alla fine del Giugno 1884. In quei giorni la donna aspettava la comparsa della mestruazione; ma questa non venne e solo si affacciò uno scolo leucorroico assai abbondante nei primi giorni, ma che poi si ridusse a minime proporzioni: contemporaneamente le si destarono dolori assai forti, che dall'ipogastrio si irradiavano alla regione lombare. Alla fine del Luglio eziandio ed alla fine d'Agosto, mancarono le mestruazioni, mantenendosi del resto la donna nelle condizioni sovra notate, ed in più aggiungendosi senso di tensione mammaria. Verso il 10 di Settembre mentre l'inferma stava accudendo ai suoi lavori di cuciniera, fu colta da fortissimi dolori al basso ventre, e nel tempo stesso le si presentò una metrorragia assai rilevante. Messasi a letto, quei primi fenomeni si mitigarono al-

quanto, specie cessò la metrorragia, che solo si riaffacciò dopo 5 o 6 giorni; ma la quantità del sangue era scarsissima; continuarono, bensì più miti, i dolori, a calmare i quali non valsero ripetute applicazioni di cataplasmi. Per di più la sera del 23 Settembre si aggiunse la febbre, per la quale, temendo la malata, cercò di essere ricoverata in questa Clinica, dove, come dissi, entrò il 26. La donna appariva di costituzione assai robusta, ma quando fu ammessa aveva l'aspetto di malata assai sofferente, la faccia con espressione dolorosa propria dei dolori addominali, impossibile la deambulazione e la stazione eretta. Il ventre appariva un po' tumefatto ma non teso; la palpazione esacerbava in modo da renderli imcomportabili i dolori addominali, specie se si esercitava sulla fossa iliaca destra, che si sentiva occupata da una massa dura, fissa, che partendosi dall'altezza della spina iliaca anteriore superiore andava a perdersi sotto il pube, avendo un diametro massimo trasversale di circa 10 ctm. I genitali esterni erano quali normalmente si trovano in una pluripara, se non che vi si notava un principio di congestione, che faceva più rosso che roseo il colore della muccosa. Le mammelle erano assai sostenute, il tessuto ghiandolare ben sviluppato, ma alla pressione non usciva nessun liquido.

Procedendo al riscontro digito-vaginale combinato, si sentiva la vagina molle, ampia, poco rugosa e dilatabile. Il fornice vaginale destro occupato da una massa resistente, fissa, che si continuava posteriormente nello spazio del Douglas, ma quivi diventava più molle. Il fornice sinistro sarebbe stato libero, ma ora era occupato dall' utero, di cui in vagina si sentiva il collo grosso, molle, non mobile, con l'orificio diretto trasversalmente e beante. Il corpo dell' utero si sentiva fisso in latero-versione sinistra, ma non facente corpo con la massa, che occupava la fossa iliaca sinistra e lo spazio del Douglas.

Stando le cose in questi termini, il Professore Direttore della Clinica Fiorentina decideva di stare ad osservare, ed intanto istituiva una cura sintomatica. Fu combattuta la stipsi con clisteri, i dolori volta a volta vennero mitigati con iniezioni ipodermiche di morfina; ghiaccio sull'addome; generose dosi di Marsala con tintura alcoolica di china, e a tutto questo unito il riposo in letto in posizione orizzontale.

Dopo quattro giorni le condizioni accennavano già a migliorare; più lievi i dolori, ed il riscontro combinato accennò ad una diminuzione della massa nello spazio del Douglas. Questo riassorbimento si volle affrettare mediante l'applicazione di vescicatorii sulla fossa iliaca destra. Per dirla in breve, con tutte le peripezie che il decorso di una simile malattia porta con sè, le condizioni della donna andarono man mano migliorando; verso il principio del Novembre la massa intrapelvica si era notevolmente ridotta; l'utero andava centralizzandosi, il collo fatto più piccolo presentava l'orificio rotondeggiante. Il 17 Novembre si permise all'inferma di abbandonare il letto, per mettersi seduta sopra una poltrona; verso la fine del Novembre stesso la donna camminava liberamente per l'Ospizio. Il 3 Dicembre comparve la mestruazione, che durò due giorni senza portare alcun disturbo, ed il 5 del medesimo mese la Mollesini, perfettamente ristabilita, lasciò la Clinica.

1885, n. 49. — La sera del 19 Febbraio ultimo scorso, entrava in Clinica Belloni Luisa, di anni 35, coniugata, attendente alle cure domestiche. Nata da genitori sani, aveva sempre goduto ottima salute, e le condizioni della sua famiglia assai agiate le hanno sempre permesso vita assai comoda, l'uso di vitto buono, e il potere abitare case sane. Appena compiuti i 14 anni per la prima volta le comparve la mestruazione senza recarle alcun

disturbo: nei 3 o 4 mesi successivi la funzione catameniale si sospese, per riprendere poi il suo corso in tutto tipicamente normale, periodo di ritorno, durata (4-5 giorni) quantità e qualità del sangue. A 20 anni prese marito, ed in 6 anni (cioè dai 20 ai 26) rimase incinta quattro volte.

Le gravidanze, se si toglie qualche lieve fenomeno simpatico, nausea, qualche deliquio, tensione mammaria, furono sempre buone, e portate felicemente a termine. I parti furono normali, assai rapidi, e susseguirono sempre puerperii fisiologici. L'ultimo parto fu nell'anno 1876; quindi la donna, sebbene potesse dire di godere buona salute, osservò che la mestruazione non fu più regolare nel periodo di ritorno, talora anticipando, talora ritardando 10-12 giorni. Anche la quantità del sangue si fece più scarsa. Per di più fra l'una e l'altra mestruazione veniva sempre uno scolo leucorrico talora come l'albume, talora assai sciolto e torbiccio, quasi colore del latte deteriorato, mai di cattivo odore. Questa leucorrea si faceva più abbondante nei giorni che precedevano e seguivano il periodo mestruale, per farsi negli altri giorni quasi insignificante.

Verso il 15 Dicembre la nostra donna aspettava la mestruazione, avendo già avuta l'altra il 18 Novembre; ma la mestruazione non venne, ed anzi dopo qualche settimana cominciò a sentire avversione per i cibi carnei, qualche urto di stomaco, qualche senso di deliquio. Considerando questi fenomeni, che già aveva avuti nelle pregresse gravidanze, la donna si ritiene certa di avere concepito; e in questa idea si confermò di poi nei mesi di Gennaio e Febbraio in cui non comparvero le regole, mentre sentiva tumefarsi le mammelle.

Inaspettatamente nei primi giorni del Febbraio cominciarono forti dolori all'ipogastrico, che corrispondevano alla regione lombare e al piano perineale, ed i do-

lori erano tali che stando in letto non poteva sopportare il peso delle coperte sull'addome, e per evitarlo stava su di un fianco. Cominciò quindi il vomito, che si ripeteva a quando a quando; dipoi il dolore dall'ipogastrio si diffuse alla base del torace à sinistra, per cui i moti respiratori diventarono causa di acuto dolore per la donna. Il marito della nostra malata racconta che in quelle sere il medico chiamato riscontrava elevazione di temperatura. Dirò anche che per cura furono applicati cataplasmi sull'addome, e quindi furono attaccate alla regione soprapubica cinque sanguisughe. Ma i sintomi aggravandosi sempre, per consiglio del medico la donna si recò alla nostra Clinica.

Vi entrò la sera del 19 Febbraio dopo le ore 8 pom., ed il medico di guardia, sentito la sovraesposta anamnesi, visto lo stato fisico della donna, credè che si potesse trattare di una minaccia di aborto, e per questo procedè subito all'esame digito-vaginale. Trovò però quasi impossibile l'eseguire il riscontro combinato, perchè il risentimento peritoneale destava forti dolori, che subito facevano contrarre i muscoli delle pareti addominali. La mucosa vaginale era molle e le pareti cedevoli. Tutti i fornici vaginali, ma più quello di destra e posteriore, avevano perso la loro forma, ed occupati alla loro parte posteriore da una massa, si sentivano sporgere in vagina, circondando il collo dell'utero, che così, a tutta prima, pareva molto raccorciato. Il collo era sensibilmente spostato verso sinistra, e anteriormente grosso, con l'orificio beante. La mucosa che lo ricopriva, e specialmente quella porzione della mucosa del canale cervicale, che col dito si poteva apprezzare, offriva al tatto quella tomentosità, quel senso che si ha toccando un velluto finissimo, condizione specialissima che si osserva in gravidanza. L'utero parve contiguo, non continuo, con la massa che era a destra e posteriormente. L'esame rimase incompleto, per-

chè il praticarlo destava dolori e smanie incomportabili. La palpazione addominale essendo impossibile, il medico, non si potè fare un concetto esatto dello stato delle cose; però rimase convinto, per le condizioni anatomiche del collo, che quell'utero fosse nelle prime settimane di gestazione. La temp. era 37,3. P. 72. R. 18.

Per il momento non si cercò che di mitigare il dolore e per questo per la via ipodermica fu iniettato 1 ctg. di cloridrato di morfina: seguitando i dolori, dopo un'ora l'iniezione fu ripetuta; quindi la donna prese sonno, e passò tranquilla la notte. Al mattino era molto inquieta, e alle ore sette e mezzo ant. fu avvertito il medico che accorse subito perchè la donna malata moriva. Le cose infatti apparvero disperate: estremità fredde, non più polsi, volto cianotico, gli occhi velati; l'impulso cardiaco lento e debole; nessuna risposta alle domande; solo ogni tanto la Belloni mormorava la parola *sete*. Insomma tutti i sintomi d'anemia acuta per emorragia interna. Il medico mandò a chiamare il sacerdote, ma in questo frattempo tentò con tutti i mezzi di rianimare la morente. Iniettò quattro grammi d'etere solforico sotto la pelle, e due grammi di tintura alcoolica di muschio; con bottiglie piene d'acqua calda e panni ben caldi cercò ristabilire il circolo periferico, mentre approfittando della sete che accusava la donna, somministrò per bocca generosi dosi di marsala e cognac.

Poco dopo arrivava il Prof. Chiara che, esaminata la donna, giudicò trattarsi di una gravidanza extrauterina al momento della rottura della cisti. Però con l'occhio clinico che lo distingue, credè di poter annunciare che la donna poteva ancora riaversi.

Difatti le condizioni accennavano a migliorare; la palpazione addominale, che poco avanti non destava alcun dolore, ora si faceva dolorosissima; alle radiali ricominciavano le pulsazioni, la periferia del corpo era più

calda. Il Professore ordinò ancora s'iniettassero due grammi d'etere, e che si tenesse la donna nella quiete più assoluta. Verso il mezzogiorno le speranze di salvare l'inferma erano davvero cresciute, e verso sera si potè credere che l'interna emorragia si fosse arrestata; tanto le cose volgevano al meglio. Nel giorno 20 queste furono le condizioni della temperatura, polso e respiro:

	T.	P.	R.
Ore 8 ant.	36,4	72	18
» 9 ant.	36	90	24
» 12 m.	36	84	24
» 4 pom.	35	84	28
» 8 pom.	36,4	88	28

Nel giorno 21 fu applicato del ghiaccio sull'addome, ed ogni 3 ore si somministrò una pillola con 1 ctg. di estratto acquoso d'oppio. La donna riacquistò la coscienza e ricominciò a parlare ma assai fievolmente. Verso sera di questo giorno comparvero vomiti ripetuti, e contemporaneamente s'esacerbò il risentimento peritoneale ed il dolore intrapelvico. Praticando il riscontro combinato si sentì accresciuta la massa che esisteva a destra e posteriormente e fatta un po' più pastosa; l'utero rimaneva fisso.

Nel giorno 22 il termometro, alle ore 5 pom. segnò 38, e fu questa l'unica elevazione termica che si osservasse nella malata. Da allora in poi nella diaria scritta nella cartella nosologica trovo segnato un lento ma progressivo miglioramento, sia nelle condizioni generali, sia nelle locali. Ogni 3 o 4 giorni veniva praticato il riscontro combinato, col quale si potè constatare che la massa intrapelvica andava gradatamente riassorbendosi, che l'utero adagio adagio tendeva a tornare in asse, e che la porzione sottovaginale del collo perdeva a poco per volta i caratteri, che suole indurre lo stato di gravidanza, come la mollezza e la tomentosità della mucosa sopra rammentata.

In questo puerperio, chiamerò così questo decorso della malattia, non si osservò dai genitali che uno scolo di liquido denso, filante, macchiato leggermente di sangue, in quantità discreta (da mutare la pezza 4-5 volte nelle 12 ore) di odore assai ingrato. Questo scolo cominciò la sera del 24 e terminò nella notte fra il 26 e il 27.

(*Continua*).

ALCUNE ESPERIENZE SUL LACCIO ELASTICO

NEL

GOVERNO INTRAPERITONEALE DEL PEDUNCOLO

Dott. A. MARTINETTI

I fatti oramai hanno dimostrato che, fatta una laparotomia per estirpare o un cistoma o un fibroma o altro tumore, oppure anche a scopo ostetrico, la mortalità e la morbilità sono minori se l'operatore nel governo del peduncolo si può attenere al metodo intraperitoneale, può, cioè, affondare il peduncolo stesso.

Ma talvolta vi è l'impossibilità di attenersi a tale metodo, e spesso anco sarebbe somma imprudenza: e ciò nei casi specialmente in cui il peduncolo sia o molto grosso, o molto ricco di fibre di connettivo, o di fibre muscolari, o molto ricco di vasi, potendosi in tali casi avere facile emorragia, non essendo garantiti dall'azione del laccio o cordoncino di seta. Altra volta la controindicazione sarà data dall'essere il peduncolo pervio, come succede nella miomoisterectomia, in cui per la dieresi trasversale dell'utero, la cavità di quest'organo viene aperta, e si stabilisce così una comunicazione con la vagina, e quindi possibilmente con l'atmosfera, e da ciò probabile infezione.

Nel momento che il Chirurgo mette il laccio attorno ad un peduncolo e quanto più può robustamente lo stringe, il peduncolo è sempre, dirò così, in condizioni di molta vitalità, i suoi tessuti più resistenti, i suoi vasi più irri-

gati. Il laccio di seta applicato — segmentando o no il peduncolo — formerà uno o più circoli rigidi, e quando qualche ora più tardi il peduncolo si avvizzirà, l'azione costrittiva verrà a diminuire, quindi possibilità d'emorragia o d'infezione mortali.

Prevedendo questi tristi esiti spesso a malincuore siamo costretti ad attenerci al governo extraperitoneale, che in ogni caso allunga di non poco il corso della guarigione chirurgica, non di rado per varie accidentalità ha cagionato la morte delle operate.

Gli operatori hanno vagheggiato e vagheggiano la idea di sostituire al cordoncino di seta il cordoncino di gomma elastica, che proseguirebbe la sua azione costrittiva sul peduncolo per quanto questo si retraesse; ma il dubbio che la gomma possa dare suppurazione l'ha fatta escludere dalla pratica, ed io non conosco nessun caso, reso di pubblica ragione, in cui sia stato affondato un peduncolo serrato nel laccio elastico.

Io ho voluto esperimentare nei conigli se veramente la presenza di un laccio elastico nel cavo peritoneale può essere fonte di pericolo.

Ho esperimentato con due varietà di cordoncini di diverso diametro, forniti dalla casa Monti di Firenze. Sono ambedue quadrangolari, pieni, non di gomma a nastro avvoltolata, come altri adoprano. Il più grosso ha i diametri trasversi di 3 mm., l'altro di mm. 1,5.

Per il dubbio che il potere elastico diminuisse in seguito al processo che adopero per disinfettare i lacci, ho provato la loro elasticità, e ho trovato che un tratto di 20 centimetri del cordoncino più grosso, che chiamerò n. 1, stirato lentamente da un peso di 3 chilogrammi si è allungato sino a 4 metri senza rompersi. Giunto a 4 metri cominciava a smagliarsi e si sarebbe rotto, se non che tolsi i pesi, ed il cordoncino tornò della lunghezza di centimetri 28.

Il cordoncino più sottile, che chiamerò n. 2, dette i i seguenti resultati. Un tratto di 20 ctm. con 2 chilogrammi di peso giunsero a circa m. 2,50, quindi si sarebbe smagliato e rotto, ma tolti i pesi tornò ad una lunghezza di 29 centimetri.

In genere dirò che, stirato il cordoncino n. 1, e fatti tre giri attorno ad una pezza di lino piegata e seguitando a tirare robustamente, tanto da credere più che sufficiente la costrizione, come si può fare per un peduncolo, il cordoncino non si rompe.

Il cordoncino n. 2, tirando in egual maniera, si rompe e quindi non si dovrebbe adoprare che per peduncoli più sottili e meno resistenti.

Provato così il potere elastico dei cordoncini, come ci vengono dal commercio, li sottoposi a speciale governo per renderli asettici, il governo stesso con cui nell'Istituto Ostetrico-Ginecologico si prepara la seta. Misi cioè i lacci in una soluzione di sublimato corrosivo al 4 per mille in alcool assoluto.

I cordoncini furono immersi in codesto liquido nel mese di Luglio 1887.

L'elasticità dei cordoncini provata nel Marzo 1888, circa nove mesi dopo, non è per niente diminuita, anzi lo smagliarsi del cordoncino n. 1 avviene dopo i 4 metri di allungamento, e quello del n. 2 circa a 3 metri. Nel resto niente di variato.

Col cordoncino così preparato mi accinsi a fare le esperienze nei conigli il dì 18 Ottobre 1887. Mi circondai di tutte le più scrupolose misure antisettiche, delle quali non istarò a trattenere i lettori, ma solo accennerò ad un particolare, che mi riuscì sommamente utile. Ed è che dopo aver lavato tutto il coniglio con una soluzione al 5 per 100 d'acido borico, e rasi i peli su quasi metà dell'area addominale, il resto dei peli lo spalmai con vaselina al sublimato, fissando così i peli stessi in maniera,

che non mi dovessero recare disturbo, come altrimenti sempre succede, con facilità di farne penetrare nel cavo addominale.

Il primo coniglio era maschio e del peso di 4 chilogrammi circa. La sua temperatura presa nel retto quattro volte il giorno e per quattro giorni avanti l'esperimento, oscillò fra 37 e 39,2 dandomi una media di 38,9: e a questo proposito noterò che nei miei conigli ho trovato sempre variabilissima la temperatura, per quanto, pur essendo i conigli sani, cercassi di mettermi sempre nelle stesse condizioni. Praticai la laparotomia con un taglio esteso per 4 centimetri: quindi insinuai nel cavo peritoneale 2 ctm. del cordoncino n. 1 e 3 ctm. del cordoncino n. 2 avvoltolato in nodo. Chiusi la ferita con 4 punti di sutura in seta. Quindi ricoprii la ferita stessa con uno strato di collodione, e, deterso il coniglio, lo lasciai in libertà.

Nei giorni seguenti il coniglio conservò sempre la temperatura sua normale, conservò la sua voracità e vivacità; ed è tuttora vivente.

Nello stesso giorno, 18 Ottobre, praticai la laparotomia in un coniglio femmina del peso di oltre 5 chilogrammi. La temperatura media era 39,1.

Afferrato il grande omento con una pinza del Pean e portatolo all'esterno vi applicai un laccio in due giri col cordoncino n. 1 a circa centimetri 2,5 dall'estremità libera: quindi escisi porzione dell'omento stesso ma non più di mezzo centimetro. Nel cavo peritoneale lasciai altresì cadere un pezzetto del cordoncino n. 2 della lunghezza di centimetri 2. La sutura richiese 5 punti; la medicatura la feci al solito col collodione. Neppure in questo coniglio vi fu elevazione termica, ma nel secondo giorno la sua vivacità era quasi scomparsa, nè volle prender che pochissimo cibo. Nel terzo giorno cominciò a mangiare e quindi gradatamente ritornò vorace e vivace. Presentemente è vivo in buonissime condizioni.

Questi stessi conigli li sottoporrò presto ad altre esperienze, e allora vedrò quali modificazioni i lacci hanno subito e quali generato.

L'egregio amico mio Dott. Medoro Fermi, sapendo che io m' occupavo di queste esperienze, gentilmente in data del 20 Gennaio u. s. mi comunicava due sue osservazioni fatte da lui stesso in Parma.

Ecco le sue parole: « Ho fatto due esperimenti sui conigli.

« 1°. Aperto il ventre ho introdotto un pezzo di corda elastica disinfettata, come Ella fa, ed annodata. Chiuso il ventre con seta, il coniglio (e sono 11 giorni) sta benone.

« 2°. Asportato l' utero e serrato il moncone con laccio elastico. Il coniglio muore in terza giornata per ernia dell' intestino tra i muscoli addominali incisi. Nessun essudato di cattiva natura attorno al laccio. La morte dunque avvenne perchè feci malamente la sutura.

« Nei due casi ho usato le norme antisettiche abbastanza rigorosamente. Ma imbrogliano molto i peli, che, sebbene tagliati generosamente sul campo operatorio, arrivano pure nei maneggi entro il cavo peritoneale. »

Queste esperienze sono certamente in poco numero, e per questo mi dispongo a moltiplicarle, purtuttavia anche da queste si può dedurre che l'azione del laccio elastico non è tanto irritante che valga di per sè sola a produrre suppurazione, quando si abbiano le più scrupolose cautele di allontanare i microbii. Estendendo anche alla gomma elastica il principio che dietro lunghi studii il Grawitz e il De Barry (1) hanno stabilito per i liquidi, conchiudo: che se anche il laccio elastico è dotato di potere irritante non può da solo produrre suppurazione, perchè è necessario

(1) Arch. f. Path. Anat. u. Phys. Bd. (VII).

che la sostanza irritante prepari il terreno ove i microbi possano svilupparsi, sicchè dalla combinazione di questi due agenti si abbia per resultato il formarsi del pus. Nè la gomma è sostanza la cui composizione chimica può indurre nei conigli suppurazione, senza la presenza dei bacilli, come parrebbe che certe sostanze chimiche facessero in certi animali.

CASISTICA OSTETRICA

Retroverso-flessione uterina di terzo grado per fibroma della parete posteriore del corpo, curata colla posizione inclinata del bacino. Elettroterapia col metodo Apostoli. Estrazione del tumore per la via della vagina. (Storia Clinica).

Il 9 Gennaio dell'anno 1888 fu ammessa alla Clinica Ginecologica nell'Ospedale di Maternità di Firenze una certa Virginia Pieracci di 39 anni, maritata, oprante di professione, proveniente da Santa Croce sull'Arno.

Riguardo all'anamnesi remota, la donna raccontava di essere stata mestruata a 13 anni e che tanto la prima mestruazione, quanto le susseguenti furono regolari per quantità, qualità, durata e periodo di ritorno; non mai accompagnate da dolore. Questa regolarità si mantenne fino all'anno 1884. Diceva di avere avuto 5 gravidanze condotte a termine tutte bene, con parti naturali, l' ultimo dei quali era avvenuto nell'anno 1878. Allattò tutti i suoi figli e protrasse gli allattamenti sempre fino a 16 o 17 mesi. Eccettuate le malattie proprie dell' infanzia, nè da ragazza, nè da maritata ebbe alcun'altra malattia, per conseguenza potette sempre accudire alle faccende molto faticose del suo mestiere da campagnuola. Abitò sempre case buone e si nutrì sempre a sufficienza, però sempre con cibi molto grossolani.

Riguardo all'anamnesi recente, raccontava che dal Dicembre dell'anno 1884, senza una causa apprezzabile, le mestruazioni, pur mantenendosi regolari per il periodo di ritorno, incominciarono a farsi molto abbondanti e ac-

compagnate da dolore, il quale aveva per sede principale la regione soprapubica, incominciava un giorno dopo l'iniziarsi della mestruazione e terminava due o tre giorni prima della fine di essa. La durata media di queste mestruazioni era di 8 giorni. I dolori miti e sopportabili sul principio, si fecero poi a grado a grado più forti, tanto da costringere la malata a mettersi a letto ora per quattro, ora per cinque giorni durante l'epoca mestruale. Per di più in questo tempo la mizione diventava difficile e fino dal Dicembre 1886 al giorno di ammissione alla Clinica, fu costretta per orinare a farsi sempre siringare.

Il dolore alla regione soprapubica divenne continuo, esacerbantesi sotto alla pressione e a questo si aggiunsero anche il dolore alla regione lombo-sacrale e un senso di continuo pondio alla regione perineale.

Fra un periodo mestruale e l'altro vennero anche altre perdite di sangue sempre rutilante, qualche volta aggrumato, colle solite sofferenze, per modo che da due mesi la Pieracci è stata costretta a starsene sempre a letto. Non ebbe mai leucorrea; fu sempre stitica. Le cure a cui la donna aveva ricorso più volte, secondo i consigli del medico, consistevano in grandi empiastri caldi sul ventre e nell'uso di qualche medicina emostatica presa per bocca. Non fu mai praticata alcuna cura locale.

Il 13 Gennaio 1888 fu esaminata la donna. Essa è di costituzione assai gracile: pannicolo adiposo e tessuti muscolari molto deficienti; colorito della pelle anemico, terreo. Nulla di notevole alla ispezione, percussione e ascoltazione dell'addome. Alla palpazione si esacerba un po' il dolore alla regione soprapubica.

I genitali esterni sono sani, di pluripara. Al riscontro vaginale si sente la vagina discretamente ampia, breve, liscia; il collo piuttosto grosso, in antiversione, con orifizio esterno un po' beante. L'utero è molto voluminoso, duro in retroverso-flessione di 3° grado.

All'esame collo speculum si vede la cervice uterina grossa, un po' congesta e dall'orifizio esterno geme un poco di sangue.

L'isterometria dà una misura di 13 centimetri.

Da tutti questi dati fu fatta diagnosi di *Retroversoflessione di 3° grado per fibroma della parete posteriore dell'utero.*

Alla fine di questa visita fu praticata una iniezione intrauterina di tintura di jodo nell'intento di arrestare il flusso sanguigno o che già durava da molti giorni, e lo intento fu ottenuto.

La malata fu sottoposta subito, come è consuetudine nella Clinica di Firenze per quasi tutte le ricoverate, ad una cura tonico-ricostituente assai energica.

Perdurando l'iscuria, siccome era comparso un po' di mucco nelle orine, il 22 ed il 31 Gennajo furono praticate due lavature vescicali con soluzione di acido borico.

Durante alcune visite ulteriori, fu tentata la riduzione manuale della retro-verso-flessione, ma oltre ad essere questa manovra dolorosissima, se pur qualche cosa si otteneva, l'utero ricadeva quasi subito nella sua posizione primitiva.

Fu allora stabilito di tentarne la correzione colla posizione della donna costantemente inclinata sull'orizzonte e perciò il 31 Gennajo fu alzato a permanenza, per una altezza di 20 ctm., il fondo del letto. Questa posizione fu mantenuta per 35 giorni e riuscì realmente efficace, perchè a poco a poco la versione e la flessione si corressero notevolmente, e l'intumescenza data dal fibroma sprigionatasi dallo scavo, si presentò libera e mobile allo stretto superiore, e alla esplorazione esterna e combinata si avvertiva in connessione coll'utero un tumore grosso come un'arancia.

L'utero aveva riacquistato la sua mobilità. Da questo tempo cessarono i dolori e i disturbi vescicali, e le

condizioni generali della donna migliorarono grandemente, cosicchè potè presto anche alzarsi dal letto.

La mestruazione sopraggiunta fu assai abbondante, ma non accompagnata da grandi sofferenze.

Essendo venuto in animo al Prof. Chiara di sperimentare in questa Clinica il metodo di cura elettrica dei fibromi uterini messo in uso dal Dott. Apostoli di Parigi, questa donna, contemporaneamente ad altre, fu sottoposta a questa cura.

Il 14 Marzo a ore dieci antim. fu fatta la prima seduta elettrica. Introdotto nel cavo uterino lo strumento ideato dall'Apostoli in connessione del polo positivo e applicato l'elettrodo negativo a larga placca sul ventre, con interposto un largo strato di argilla, fu praticata una galvanizzazione per 10 minuti, facendo passare una corrente di 80 milliampères.

Il 18 Marzo fu ripetuta la seduta, per 7 minuti, con una corrente di 85 milliampères. Il 22 altra seduta per 10 minuti con una corrente continua di 80 milliampères

Tutte e tre le sedute non provocarono dolori molto intensi. La sera del giorno in cui fu praticata l'ultima, si iniziò la mestruazione che si mantenne assai regolare, in minor quantità delle precedenti, senza espulsione di grumi, ma accompagnata dai soliti dolori.

Il giorno 28 la mestruazione era cessata, i dolori però erano aumentati e al dire della donna rassomigliavano a contrazioni uterine. Il giorno dopo, volendosi ripetere la seduta elettrica, fu esaminata prima la donna, e fu trovato il collo scomparso, e l'orificio uterino dilatato per circa due centimetri. Attraverso questa dilatazione si sentiva e poi si vide collo speculum, un tumore fibroso, abbastanza duro, di color grigio sporco. Il dito spinto nella cavità uterina avvertiva una larga base d'impianto del tumore sulla parete anteriore e laterale destra. Abbandonata l'idea di un'altra seduta elettrica, fu deciso di

protrarre l'intervento chirurgico, e intanto verso sera fu somministrato un mezzo grammo di segale cornuta da ripetersi la mattina seguente. La sera stessa del 29 la dilatazione aveva progredito di un centimetro e la mattina del 30 era giunta fino a quattro centimetri: il tumore si era fatto anche più sporgente, dimodochè fu creduto bene di tentarne la enucleazione.

Dopo aver fatto un'accurata disinfezione della vagina e della cavità dell'utero, introducendo una siringa fra la parete di esso e il tumore, si afferrò questo con pinzette uncinate e in tal modo si praticarono delle trazioni, imprimendo anche alla massa dei movimenti di rotazione. Intanto con un dito introdotto nella cavità, oltre al rendersi conto di ciò che succedeva nei rapporti fra utero e tumore, si facilitava il distacco di esso. Però i tessuti che formavano il tumore erano facilmente lacerabili, in modo che non si potevano esercitare energiche trazioni, e non ostante le varie pinze dentate messe in azione, non si riusciva a tirar giù tutta la massa.

Allora l'operatore, Dott. Emilio Fasola, pensò di ricorrere all'azione dell'uncino acuto ostetrico. Affidate ad un Assistente le pinzette dentate già impiantate nella parte anteriore del tumore, per tirarlo giù in basso, introdusse in cavità e a sinistra due dita della mano destra, e sulla guida di esse portò l'uncino acuto al fondo dell'utero: là giunto, voltata la punta dello strumento verso il fibroma, ve lo impiantò a tutta sostanza. La presa fu eccellente e in tal modo potettero essere esercitate delle trazioni energiche, e coll'aiuto delle altre pinzette si impressero dei movimenti di rotazione più energici a tutta la massa. Durante queste manovre non fu mai tralasciato di rendersi esatto conto, momento per momento, di ciò che avveniva nell'utero, sia internamente che esternamente. Colla esterna palpazione si sorvegliava che non avvenisse una inversione dell'utero, e con ripetute esplo-

razioni digitali della cavità, l'operatore vigilava che non succedessero lacerazioni o rotture della parete uterina, e intanto facilitava la enucleazione.

Il lavoro non fu lungo, perchè dopo non molte trazioni e alcuni moti di rotazione, si ebbe nelle mani un tumore di forma tondeggiante, ricoperto per quasi metà della sua superficie da una capsula assai resistente, ma che in varii punti presentava già un principio di degenerazione necro-biotica.

Il tumore era composto di fasci muscolari in prevalenza e di tessuto connettivo; pesava 250 grammi.

Cosa degna di nota è il fatto, che non ostante la violenza delle manovre dovute impiegare e la nessuna preparazione del canale utero-vaginale al passaggio di un tumore così voluminoso, non si produssero nè lacerazioni nè abrasioni tanto sull'orificio uterino, quanto nella vagina. Ciò devesi in parte alla non molta consistenza del tumore e in parte al non avere usato troppa fretta nella estrazione di esso. L'atto operatorio non fu disturbato da emorragia alcuna, e la perdita di sangue si ridusse a cosa insignificantissima.

Estratto il tumore, fu accuratamente esplorata col dito la cavità uterina: non si riscontrò in essa alcuna lacerazione: si sentiva verso il centro della base d'impianto, lateralmente e a sinistra, un piccolo rilievo, dovuto a poca porzione di tumore rimasta aderente; qua e là si sentiva pure qualche frustolino di capsula ancora attaccato.

Fu praticata subito una abbondantissima irrigazione di acqua calda al sublimato corrosivo (1 su 1000). Però il giorno dopo la estrazione del tumore, vi fu un elevamento di temperatura a 39° C. preceduto da brividi di freddo. Questo si spiega facilmente pensando ai piccoli frammenti di tumore rimasti aderenti alla parete uterina, che dovevano certamente essersi necrosati ed aver dato luogo così a un poco d'assorbimento di materia settica.

Fu praticata allora un'altra irrigazione calda, prolungata, disinfettante al sublimato corrosivo. La temperatura si abbassò nella stessa giornata e non eccedette i 38 gradi nei quattro giorni susseguenti, dopo i quali la donna tornò a star bene come seguita a stare tuttora.

L'utero subì una assai rapida involuzione, però verso il fondo e un po' lateralmente a sinistra si avverte un'altra intumescenza, grossa come un mandarino, data da altro fibroma. Per conseguenza quando la donna sarà completamente ristabilita del primo atto operativo è probabile sarà ripresa la cura col metodo del Dott. Apostoli diretta contro il fibroma che rimane.

Dott. Gino Gelli.

RIVISTA

Entrata d'aria nelle vene dell'utero nella placenta previa. A. Kramer. (*Zeitsch. f. Gebürth. und Gynec.*, XIV Bd. 2 Hft.).

L'autore, dopo aver premessa un po' di storia sull'argomento (e in questa ha dimenticato la importante memoria del Mangiagalli, pubblicata negli *Annali d'Ostetricia e Ginecologia* del 1880) riferisce di un caso interessante occorso a lui nella clinica diretta dall'Olshausen.

Una donna di 31 anni, secondipara, veniva ricoverata gravida all'8° mese, e in istato di febbre, anemica a cagione di abbondanti emorragie dagli organi genitali, le quali, in più o in meno duravano da circa 15 giorni. Nulla di notevole mostrava l'esame esterno, salvo i segni di gravidanza: alla esplorazione si avvertiva il collo permeabile a due dita, e l'orificio esterno coperto quasi interamente dal tessuto placentare. La testa fetale mobile sullo stretto superiore. Durante l'esame aumentò l'emorragia.

La paziente fu cloroformizzata e messa a giacere trasversalmente sul letto per praticare il rivolgimento. La testa e il petto non erano sollevati, ma stavano forse un po' più bassi del bacino. Le gambe tirate sopra il ventre e tenute da due serventi. Introdotta la mano in vagina e superato anche l'orificio interno dell'utero, la paziente emise un grido di dolore, perchè la cloroformizzazione non era profonda, e i muscoli del ventre contratti. Cessato il lamento, mentre l'operatore afferrato un piede cercava di tirare su di esso, l'assistente che cloroformizzava, a un tratto non avvertì più il polso. La donna diventò cianotica, fece due o tre respirazioni affannose e morì. Allora si sospese l'operazione del rivolgimento, per praticare tosto la respirazione artificiale, la quale fu protratta per circa un'ora senza alcun risultato. Il feto essendo in questo tempo certamente morto, si astenne dal taglio cesareo.

Alla sezione cadaverica praticata circa 15 ore dopo la morte, mostrò il cuore destro fortemente disteso, il quale alla percussine dava un suono timpanitico. Estrattolo, previa legatura de' grossi

vasi, ed apertolo sott'acqua lasciò gorgogliare fuori una notevole quantità di aria (1).

Nelle rimanenti vene, in quelle dell'utero e in quelle polmonari, non fu trovata alcuna traccia di aria. L'utero mostrava l'inserzione della placenta al segmento inferiore, in buona parte distaccata, e al luogo di distacco si notava una abbondante quantità di vasi. Nello strato più profondo, poi, della decidua si notavano numerosi lumi di vene grosse, aperte, per i quali si giungeva direttamente nelle vene uterine.

Non v'era dubbio che la morte era avvenuta in seguito ad embolia d'aria. Si sarebbe potuto pensare a morte per cloroformio, e a uno sviluppo di questo gas nel sangue: ma contro tale ipotesi parlava il fatto che il gas si trovò solo nel cuore destro e in notevole quantità, mentre non se ne trovarono tracce negli altri vasi. Il non aver trovato aria nelle vene uterine, mentre questo reperto si è constatato alla sezione in altri simili casi, trova facile spiegazione in questo, che l'aria non fu trattenuta nelle vene uterine, ma attraverso ai grossi lumi vasali andò direttamente al cuore — fu certamente per la introduzione della mano, che venne offerto all'aria il modo di entrare. Inoltre la paziente giaceva quasi completamente orizzontale, ed anzi, per l'avvicinamento delle cosce al ventre le natiche erano anche alquanto sollevate; e per questa circostanza le pareti del ventre venivano distese, e si produceva una diminuzione della pressione addominale: quindi nella inspirazione che seguì al grido di lamento emesso dalla paziente, avvenne un'aspirazione dell'aria dentro i lumi delle vene. G. A.

Contributo allo studio delle anomalie dell' utero. Litschkus. (*Zeitsch. f. Gebürth. und Gynec.*, Bd. 2 Hft.).

La conoscenza delle anomalie dell'utero è molto interessante, specialmente in ostetricia, dacchè tali difetti di conformazione, mentre possono portare notevole influenza sopra le funzioni fisiologiche degli organi genitali della donna, sono, d'altra parte, molte volte difficili a diagnosticarsi, e ciò specialmente per la relativa rarità con cui tali anomalie si osservano. Ogni nuovo contributo a questo studio deve quindi essere tenuto in conto, e il lavoro del Litschkus a questo proposito, ha molta importanza.

(1) Questo reperto viene a confermare la teoria del Cohnheim, il quale ammetteva che la morte per embolia gassosa avveniva per accumulo di gas non già nei vasi polmonari, ma bensì nel cuore, e ne impediva la funzione rapidamente. G. A.

Egli ha avuto occasione di osservare, in un tempo relativamente breve, 3 casi di anomalie dell'utero, e li descrive aggiungendovi opportune considerazioni:

Primo Caso. — *Utero doppio bicorne con vagina doppia — Parto prematuro — Forcipe.* Si tratta di una donna che veniva accolta il 26 Giugno 1883, con dolori di parto. Nella anamnesi nulla di notevole, salvo un aborto al 4° mese avvenuto nell'anno precedente. L'esame obiettivo all'ingresso nell'ospedale dimostrava nell'addome una sporgenza più rilevante della sezione sinistra, formata dall'utero gravido. Ai genitali si notava un tramezzo che si estendeva dall'orificio uretrale alla fossa navicolare, e si continuava in tutta la vagina, dividendo questa in due metà, una sinistra più larga e una destra più piccola. In fondo a ciascuna metà vaginale sporgevano due distinte porzioni vaginali del collo uterino: a destra l'orificio uterino era permeabile a un dito, col quale si poteva avvertire anche la piccola fontanella, e a sinistra potevano penetrare tre dita, le quali raggiungevano la grossa fontanella del feto. Dall'esame si concluse trattarsi di vagina doppia ossia setto, e quindi di utero parimente setto. Il feto, a circa l'8° mese di vita endouterina, occupava la sezione sinistra dell'utero, ed era in presentazione di vertice con la sutura sagitale posta sul diametro obliquo destro (secondo i tedeschi — sinistro secondo gli italiani), e con la grossa fontanella a sinistra. — Il giorno seguente ebbe luogo il parto. Il meccanismo procedette regolare sul principio, benchè lentamente: ma dopo essersi compiuto il moto di rotazione, il parto non progrediva, per cui si decise l'applicazione del forcipe che riuscì abbastanza facile. Avvenuta l'estrazione si notò il perineo e la forchetta intatti, ma il tramezzo vaginale era lacerato ne' suoi due terzi anteriori. La placenta fu estratta con la espressione. — Il feto pesava grm. 1900 ed era lungo 45 ctm. — Vuotato l'utero del suo contenuto si potè confermare la diagnosi di utero bicorne, perchè alla palpazione esterna dell'addome si percepivano distinti i due corni formanti un angolo fra loro. Il puerperio fu burrascoso, perchè si verificarono alte temperature sui primi giorni. Verso l'11° giorno di puerperio la malata volle partire. Praticato in questo momento l'esame con la sonda si potè constatare che essa si inoltrava nell'utero di destra per 5 ctm. e in quello di sinistra per 9 ctm.

La gravidanza era dunque avvenuta nell'utero sinistro probabilmente per la maggiore ampiezza della vagina, perchè lo sviluppo dei due corni non era molto disuguale. Durante la gravi-

danza però anche l'utero destro si era ingrossato, e aveva sviluppata da sè la decidua. — Il feto co' suoi moti passivi spinse il setto, che gli si poneva dinanzi, a destra e posteriormente, e indipendentemente dall'applicazione di forcipe lo strappò. — Il parto ebbe una durata più lunga dell'ordinario e finì artificialmente: questo potè dipendere dal fatto che per la divisione dell'utero mancava la potente azione del fondo dell'utero, ed anche da che per la situazione sinistra del corno gravido, mancava quella corrispondenza fra l'asse dell'utero gravido, e l'asse del bacino e quello del corpo del feto.

Secondo Caso. — *Utero didelfo con vagina doppia — o utero bicorne con vagina doppia.* Una donna di 29 anni veniva a farsi visitare lamentandosi di avere mestruazioni abbondanti e di lunga durata, per effetto delle quali era caduta in anemia pronunciata. Già fino dalla loro prima comparsa le mestruazioni erano sempre state irregolari, specialmente riguardo al periodo. Rimasta gravida ebbe un aborto al terzo mese. Nessuno dei medici che innanzi l'avevano visitata fecero diagnosi di tale anomalia. Esaminata dal Litschkus mostrava i genitali esterni poco sviluppati. La vagina era divisa da un tramezzo in due metà, una destra più grossa, e una sinistra più piccola. Nella parte più alta, a livello del collo uterino il tramezzo presentava una soluzione di continuo, per cui una vagina comunicava con l'altra. Alle due vagine seguivano due porzioni vaginali del collo uterino, la destra più lunga, e di forma cilindrica, libera ne' fornici, e colla bocca dell'utero a forma di mezzaluna, la sinistra più piccola, aderente alla parete vaginale a destra e posteriormente, cosicchè lo speculo ne faceva vedere solo la parte anteriore e un po' sinistra, con orificio esterno di forma rotonda. Il dito introdotto nel retto fa rilevare un solco percorrente in mezzo alle due vagine. — La sonda si inoltrava nell'utero destro per 8 ctm. e mezzo, nel sinistro solo 3 ctm. e mezzo. L'utero destro superava in grossezza quello sinistro, e la cavità di quest'ultimo si era quindi arrestata nel suo sviluppo. La paziente fu esaminata pure dai Professori Krassowsky e A. Schmidt, direttore di quella maternità, e conclusero trattarsi di un utero doppio con vagina doppia: verosimilmente soltanto l'utero di destra funzionava, e l'aborto era provenuto dall'utero destro. Il Prof. Schmidt inclinava piuttosto ad ammettere una forma, rara, di utero didelfo con vagina doppia. Molto difficile del resto sarebbe stata una tale distinzione, se si

pensa che lo stesso esame anatomo-patologico potrebbe far suscitare de' dubbi, come in un caso del Prof. Kubassow.

Litchkus ebbe l'opportunità di osservare la paziente durante le mestruazioni, e potè convincersi che il sangue proveniva soltanto dall'utero di destra. Egli inoltre spiegava la irregolarità delle mestruazioni non come effetto di una periodica funzione dell'uno e dell'altro utero, ma come la conseguenza di una causa morbosa congenita.

Terzo Caso. — *Utero bicorne in parte setto* (unicolle sec. Kussmaul) con vagina semplice. *Parto prematuro — Estrazione del feto.* Donna di 29 anni: si presenta gravida per la 3ª volta. Le sue mestruazioni furono sempre regolari. A 26 anni fu gravida per la 1ª volta, dando alla luce un feto di sette mesi. A 27 anni rimase nuovamente incinta ed abortì al terzo mese senza causa apprezzabile. Al suo ingresso nello Spedale viene esaminata, e si trova il collo uterino ancora chiuso, mentre ambedue i piedi del feto sporgono fuori dell'orificio, colle dita rivolte al dinanzi e a destra, i tuoni cardiaci fetali molto deboli. Il medico assistente credè opportuno ricorrere alla estrazione facendo presa sul piede destro, e così il parto terminò felicemente in 4 ore, venendo alla luce un bambino di circa 8 mesi, pesante gr. 2750.

Litschkus vide la paziente il giorno seguente e subito fu colpito dalla posizione dell'utero fortemente inclinato a destra, mentre a sinistra erano distintamente apprezzabili i contorni di un corno uterino. Per il che egli fu indotto a ritenere trattarsi di un utero doppio: ma la diagnosi esatta non la fece che 7 giorni dopo il parto, non volendo fare alcun esame sulla donna prima di quell'epoca. Allora potè riscontrare, poco di notevole ne' genitali esterni: vagina unica, ampia: porzione vaginale del collo unica coll'orificio trasversale, lacerato agli estremi. A circa un centimetro e mezzo di distanza dall'orificio uterino esterno, al di là di esso, potè constatare un tramezzo notevolmente spesso e da ambo le parti di esso due cavità ben distinte, utero destro e utero sinistro. L'utero destro si poteva ancora, all'11° giorno di puerperio, palpare al di sopra dello stretto superiore, mentre la sezione sinistra era nella cavità del bacino. Il puerperio procedette bene senza alcun inalzamento della temperatura. La involuzione fu però difettosa, e la donna si faceva rivedere dopo due mesi, lamentandosi di perdite sanguigne abbondanti. Allora l'utero destro era più grosso quasi del doppio del sinistro, e conservava

ancora la stessa inclinazione laterale destra. L'utero sinistro era ridotto a uno stretto cordone muscolare diretto verso sinistra. La gravidanza era avvenuta nell'utero destro e la inserzione della placenta erasi fatta nella sua parete anteriore, verso il fondo. Nell'utero sinistro erasi sviluppata la decidua.

Per ciò che riguarda la *genesi* dell'utero doppio, dobbiamo ancora accontentarci della spiegazione, del resto poco soddisfaciente, che tale anomalia provenga da un arresto di sviluppo o da uno sviluppo deficiente di ambedue i condotti del Müller. Si potrebbe anche, secondo Fürst, fissare con molta verosimiglianza il tempo della formazione di questa anomalia; cioè l'utero didelfo si svilupperebbe probabilmente prima della ottava settimana della vita endouterina, e l'utero bicorne prima della dodicesima settimana.

Riguardo alla *diagnosi* dell'utero doppio, quando ci si trova dinanzi una vagina doppia, allora è assai facile a farsi. Può però il setto sfuggire all'attenzione di chi non esamina con molta diligenza. Allora sono importanti i caratteri de' fornici vaginali. Così l'essere un fornice stretto e piatto, in modo che la porzione sottovaginale del collo sembri passare immediatamente nella parete laterale della vagina (che in questo caso è rappresentata dal setto) oppure il non esistere fornice, sono indizii di molta importanza per guidarci alla diagnosi. In altri casi, il trovare un collo uterino con due orificii e una vagina semplice, rende la diagnosi non difficile, specialmente se si aggiunge la esplorazione con la sonda spinta nelle due direzioni. Bisogna però pensare anche alle possibilità di trovarsi innanzi a un utero, così detto, subsepto, cioè presentante un corpo uterino solo e due colli, e in questi casi la vagina può essere pure doppia. Qui l'Autore cita un caso occorso allo Schmidt, molto interessante. Si trattava di una donna di 25 anni, che fu accolta nel 1874, gravida all'8° mese, con fenomeni del sovrapparto. Il parto fu spontaneo, accompagnato e seguìto da grave emorragia, e poscia da processo settico che condusse a morte la donna. Durante il parto e poi, non fu diagnosticata la anomalia degli organi genitali di essa, e fu solo alla sezione cadaverica che fu conosciuto che la vagina era divisa da un tramezzo in due parti, una destra più grande e una sinistra più piccola. In ciascuna vagina erano due porzioni sottovaginali del collo uterino, di cui la destra più larga e più lunga con orificio trasversale; la sinistra notevolmente più piccola con piccolo orificio uterino, e unita a destra e in parte posteriormente con la parete vaginale, che in questo caso era rappre-

sentata dal setto, per cui non esisteva fornice destro della vagina sinistra, e anche il fornice sinistro, a cagione della brevità del collo era pochissimo manifesto. Il corpo dell'utero era unico e quindi soltanto il collo era diviso in due da un setto. La sonda penetrava facilmente nell'unica cavità uterina attraverso i due orificii del collo bipartito.

Molto più difficili a distinguersi sono quei casi in cui esiste un solo collo; così nel 3° caso citato dal Litschkus, all'11° giorno di puerperio l'orificio del collo uterino di sinistra era così piccolo che riusciva molto difficile la introduzione della sonda, e si potesse in questo caso scambiare l'utero sinistro poco sviluppato per un fibroma.

Le dimensioni del collo, oltre la forma o la consistenza, devono sopratutto esser tenute in conto, secondo l'A. la diagnosi di una tale anomalia deve essere notevolmente facile nel puerperio, mentre nel parto è più difficile; giacchè durante questo è facile trascurare il setto vaginale, poichè esso viene spinto contro la parete laterale del bacino, talmente che la introduzione del dito nelle due vagine è impossibile. Però all'esame esterno deve colpire l'attenzione nostra, la posizione laterale dell'utero gravido, come pure la sua forma ad angolo acuto verso l'alto. Ma questi caratteri non sono essenziali, poichè anche un utero normale può occupare una data metà del ventre e d'altra parte un corno gravido dell'utero doppio può perdere la sua forma caratteristica. Nondimeno tali caratteri potranno indurci ad un esame più diligente della partoriente.

Da ultimo dobbiamo tener conto di un'altra circostanza. Data la gravidanza di un corno di un utero bicorne, può darsi che noi con la esplorazione riusciamo sopra il corno uterino non gravido. In questo caso bisogna ricordarsi che il setto si troverà al dinanzi della parte presentata, e noi non potremo avvertire questa direttamente.

Per ciò che spetta, poi, alle *funzioni* degli organi genitali in queste anomalie, l'Autore crede che influiscano favorevolmente sopra lo andamento della gravidanza e del parto. Nel puerperio poi, avviene sempre una cattiva involuzione. Inoltre i casi del Litschkus dimostrano che la involuzione di ambedue gli uteri non si fa nella stessa proporzione, e ciò è in rapporto alla indipendenza fra loro de' due uteri in riguardo alla mestruazione e anche alle contrazioni uterine durante il parto.

Dal lato della *terapia* noi non abbiamo una condotta speciale

a seguire. Praticamente è interessante la questione se la presenza del setto vaginale può avere una influenza sopra l'andamento del parto. Secondo l'opinione dell'Autore esso non può offrire un forte ostacolo, e lo dimostrano quei casi in cui il parto fu spontaneo e il setto strappato. Ma non v'ha dubbio che quel di più di forza che impiega l'utero, in questi casi, per rompere il tramezzo vaginale potrebbe essere risparmiato. E se aggiungiamo che in seguito allo strappamento del setto sotto il parto può aver luogo una abbondante emorragia, noi potremo logicamente essere indotti ad escidere il tramezzo dopo averlo legato.

G. A.

Sopra l'Adenoma della cervice sospetto e maligno. L. Furst (*Zeitsch. f. Gebürtzh. und Ginec.* XIV, Bd. 2 Hf.).

L'Autore rileva la importanza del fatto che le erosioni e la proliferazione semplice delle glandole del collo (Adenoma semplice) possono coll' andare del tempo trapassare in degenerazione maligna ossia in un adeno-carcinoma del collo. L' ignoranza di questo fatto per parte de' medici, li conduce spesso a trattare siffatte ulcerazioni come semplici ulcere catarrali e a ricorrere a mezzi operativi blandi, là dove sarebbe necessario un atto operativo radicale. Ecco quindi la necessità di intraprendere fin di buon' ora l'esame anatomo-patologo delle lesioni, mediante la escisione di piccoli pezzi di tessuto, per sottoporli all'esame microscopico. I sintomi clinici per sè stessi non sono sufficienti a diagnosticare con certazza se si tratta di una forma benigna o di una sospetta, e non ci possono dare quindi la regola per la scelta de' mezzi operativi. D' altra parte, se si trattano le forme che hanno tendenza a diventare maligne con mezzi operatorii insufficienti si nuoce piuttostochè giovare, perchè tali mezzi favoriscono la recidiva, ed ogni recidiva favorisce un andamento più maligno.

L'Autore dalle sue ricerche anatomo-patologiche è indotto ad ammettere le seguenti tre forme di Adenoma del collo dell' utero, le quali rappresenterebbero tre diversi stadi di transizione, per i quali può passare tale affezione.

1°. *L'Adenoma dell'utero semplice* (ipertrofia glandolare semplice). In questo le glandole uterine sono realmente aumentate ed ingrossate, ma non manifestano ancora nella loro struttura e nella disposizione dell' epitelio nessun carattere atrofico. Inoltre il tessuto interstiziale vi è bensì aumentato, ma non presenta una straordinaria proliferazione di cellule, e non si estende

in profondità. Cosicchè si può considerare questa forma di adenoma come benigna.

Per riguardo al trattamento, però non bisogna accontentarsi del raschiamento, delle cauterizzazioni e di simili mezzi ma convien procedere alla escisione, perchè la neoformazione ha tendenza a diventare maligna.

2°. *Adenoma dell' utero sospetto* (*iperplasia glandolare erodente*). Questo sia che si presenti localizzato oppure diffuso, mostra una neoformazione di glandole otricolari atipiche, accanto a un maggiore o minore numero di glandole normali, e racchiuse in mezzo a un tessuto connettivo ricco di cellule. Inoltre presenta proliferazione dello epitelio delle glandole e tendenza ad estendersi in profondità. Per conseguenza quand' anche vi si riscontrino solo piccoli zaffi solidi, si deve considerare questa forma di adenoma come sospetto e tendente alla perniciosità.

Qui non basta neppure la escisione, ma si deve di buon' ora ricorrere alla estirpazione dell' utero, la quale in questo caso presenta una prognosi favorevole per la guarigione radicale.

3°. *Adeno-carcinoma dell' utero.* In questo le forme glandolari tipiche nella massima parte vanno scomparendo, e invece si trovano infiltrazioni di epitelio e solidi zaffi cancerosi in mezzo a una sostanza fondamentale ricca di cellule. Esso è assolutamente maligno. Per la guarigione radicale, anche con la estirpazione totale dell' utero, esso presenta una prognosi dubbia, ma per lo più sfavorevole. G. A.

Di alcune operazioni ostetriche praticate sotto una corrente di acqua e fuori del contatto dell'aria. Kaschkaroff (di Jaroslaw).

L' Autore dopo aver ricordato che in tutti i parti, e più specialmente in quei laboriosi, si producono sempre, nella cavità uterina, vaginale, e all' ostio vulvare, delle contusioni, escoriazioni, soluzioni di continuo che favoriscono l' ingresso nell' organismo materno dei germi infettivi, viene a passare in rivista i vari mezzi messi in opra per combattere questi nemici dello umano organismo, rilevando quelli che oggigiorno sono maggiormente in voga. Fra questi pone l' acido fenico e il sublimato.

In quanto all' acido fenico però lo pone da parte, perchè, egli dice: onde questo medicamento abbia le proprietà volute bisogna adoperarlo in una tale soluzione da riuscire caustico. Quindi rimane il solo sublimato. Ma anche questo ha qualche inconveniente; p. es. si precipita e si decompone nell' acqua non distillata, e in

presenza di alcali terrosi. — Si decompone anche facilmente nel l'acqua distillata se non vi si aggiunge del sal marino. — L'impiego simultaneo di sapone e di sublimato altera quest' ultimo. — e poi non disinfetta bene le mani quando queste conservano delle tracce di acidi grassi. — Eppoi egli dice non sono solamente le mani, gli strumenti, la biancheria, che sono la causa del trasporto dei microbi ma è l'aria ambiente e questa come si fa a disinfettarla? A meno che non si volesse filtrare col metodo del Pasteur. L'A. non trova un mezzo migliore. Ma questo metodo è solo applicabile alle esperienze. Dunque? Dunque bisogna agire fuori del contatto dell' aria, che si presta molto più difficilmente che qualunque altra cosa alla sterilizzazione, anche per mezzo dello Spray. Egli ha ricorso all'acqua. Egli ha costruito un apparecchio, nel quale l'acqua sterilizzata con l'aggiunta di disinfettanti, sarà costantemente corrente e rimpiazzata sempre da nuova acqua che vi arriva in una certa quantità. Solamente le parti inferiori del corpo e i genitali della operanda sono introdotte in questo apparecchio e l'operazione tutta intiera, per es. la craniotomia, si effettua sotto l'acqua fuori il contatto dell'aria atmosferica. Una idea consimile era venuta all'ostetrico inglese Aitken nel 1784. Nel 1848 a Mayer de Lausanne, ma in seguito l'abbandonarono. Secondo l'Autore si dovrebbero fare sott'acqua le craniotomie tutte a feto morto. Si dovrebbero far partorire sott'acqua quelle donne che avendo un feto morto, questo o il liquido amniotico non peranco scolato, potessero infettare l'ambiente. Anche la minzione e la defecazione, quando occorresse, potrebbero effettuarsi in questo apparecchio. (*Annales de Gynécologie et obstétrique,* Mars 1888).

A. S.

Azione dell'ergotina sopra la involuzione uterina. Dottor Emile Blanc. (Lyon).

Qual'è l'azione dell'ergotina sopra l'utero nei giorni che susseguono al parto? Ha essa o no una influenza sopra l'involuzione, l'accelera o la ritarda? Questo è il problema che il Dott. Blanc si propone di risolvere nel suo pregevole lavoro.

Onde avvicinarsi il più possibile all' esattezza nelle sue osservazioni l'A. prese un buon numero di donne (circa un centinaio) un giorno dopo il parto e le ha tenute sotto la sua osservazione fino al decimo giorno sottoponendole o no alle injezioni ipodermiche d'ergotina. Ha raggruppato tutte queste osservazioni in tre serie: Una prima serie di 40 casi, che doveva servire di termine di con-

fronto, comprendeva le donne non sottoposte all'azione dell'ergotina. Una seconda di altri 20 casi, comprendeva le donne cui le injezioni epidermiche vennero fatte per i primi soli 5 giorni dopo il parto. Una terza infine che comprendeva quelle a cui vennero fatte fino in decima giornata. La diminuzione dell'utero egli la misurava esternamente col nastro, internamente col cateterismo ripetuto due volte al giorno.

Dopo accurate osservazioni egli è giunto a concludere che:

1°. L'ergotina amministrata durante i primi dieci o cinque giorni dopo il parto non esercita sull'involuzione uterina alcuna influenza favorevole:

2°. Risulta al contrario da un buon numero di osservazioni che questa sostanza può opporsi in una certa misura alla regolare retrazione dell'utero:

3°. Questo fatto provato dalla misurazione esterna, il cateterismo intrauterino, controindica l'impiego dell'ergotina come agente d'involuzione nel puerperio.

4°. Dinanzi ad una emorragia secondaria il medicamento conserva tutti i suoi diritti. La sua azione sarà tanto più efficace, quanto meno sarà lontana l'epoca in cui avvenne il parto.

(*Annales de Gynecologie et d' obstétrique.* Mars 1888).

A. S.

Aderenza completa della placenta. Dott. Fronoff. (*Gaz. Gyn.*, 1888).

L'autore cita due casi d'aderenza completa della placenta alle pareti uterine di una donna e che terminarono colla guarigione, non ostante l'impossibilità di poterla estrarre.

L'Autore insiste molto sulla necessità delle iniezioni antisettiche, efficacissime in questi casi, come è stato ben dimostrato dall'andamento della temperatura nei due casi. Queste iniezioni furono fatte la prima volta coll'acido borico, ogni ora al principio, ogni due ore poi; la seconda volta col sublimato corrosivo all'1 per 2000 ogni due o tre ore, e coll'acido fenico due volte al giorno. Il Dott. Fronoff, seguendo l'opinione del Prof. Krassowsky conclude che non bisogna insistere nel volere staccare la placenta se è aderentissima e che non resta altro che a seguire tutte le regole dell'antisepsi. G. G.

Espulsione d'un fibroma uterino per mezzo dell'elettrolisi. (*Bull. Méd.* 1887).

Il Dott. Holland riportava un caso osservato allo Spedale

delle donne di Sohs Square in cui potette provocare l'espulsione di un fibroma uterino mediante l'elettrolisi.

Fu portata al sopradetto ospedale una donna resa quasi esangue da un'emorragia abbondantissima. All'esame dell'inferma la matrice si presentava come ravvolta in un tumore voluminoso e irregolare che raggiungeva quasi il livello della cicatrice ombelicale. Dopo aver tentato inutilmente tutti i mezzi ordinarii per frenare l'emorragia, fu pensato di ricorrere alla elettricità. Ciò avvenne il 21 Luglio dell'anno in corso. Fu introdotto nella cavità uterina l'elettrode negativo, isolato fino a 10 centimetri dalla sua estremità; l'elettrode positivo che terminava con un distributore dell'Apostoli, fu applicato esternamente sulla regione del tumore. Fu fatta passare per 10 minuti una corrente della forza di 50 *milliampères;* il 25 Luglio fu applicata una corrente di 80 *milliampères* e il 29 fu spinta fino a 150 *milliampères.* La malata si lamentò di molto dolore, ma il tumore aveva già molto diminuito del suo volume.

Siccome il 9 Agosto la emorragia continuava, fu applicata per 12 minuti una corrente della forza di 250 *milliampères.* L'emorragia cessò subito e non ricomparve più. Il 12 fu ripetuta una seduta con una corrente di 250 *milliampères* per 10 minuti. Il 27 Agosto la temperatura salì a 37°,7 c. e dopo poco venne espulsa dall'utero, senza alcuna perdita di sangue, una massa carnosa in via di putrefazione. L'8 Settembre uscì dall'utero un'altra massa tanto grossa che fu necessario estrarla dalla vagina dove si era arrestata. Il 15 Settembre la malata era completamente ristabilita; la sonda uterina misurava soli 7 ctm. e non vi era più nè tumore, nè scolo di sangue o materie.

G. G.

Morte subitanea per emorragia nella cavità addominale durante la mestruazione. — Periny. (*Osservatore*).

L'autore fu chiamato d'urgenza a visitare una donna di 27 anni, che stava molto male, e trovò la signora, morta con i segni di sincope. Il marito affermava che la donna aveva sempre goduto buona salute, aveva avuto vari parti normali; la sera precedente alle ore 7 stava poco bene; allora cominciò a lagnarsi di un dolore alla regione dello stomaco, che fu attribuito alla mestruazione e per cui stette in letto: andava di male in peggio, era agitata, soffriva ed aveva ambascia di respiro, ma non volle che si chiamasse il medico; ma più tardi il medico fu chiamato, ma la signora quasi subito moriva

L' autopsia dimostrò ecchimosi ben pronunciate agli organi genitali esterni; polmoni e pleure normali, i ventricoli del cuore erano contratti, ed il sinistro conteneva un coagulo fibrinoso; le valvole nulla presentavano di particolare. Aperto il torace si vide che il diaframma era molto spinto in alto specialmente a diritta; aperta la cavità addominale sgorgò fuori una grande quantità di sangue liquido, nero, in parte coagulato: tutta la metà destra del ventre era piena di sangue in parte coagulato, e la fossa iliaca dello stesso lato era occupata da un coagulo abbastanza resistente, del volume di una testa di feto. Nessuna lesione nell' aorta e suoi rami, nè nelle vene. Separando il voluminoso coagulo ed indagandone profondamente le origini, si arrivò sino all' ovario destro, che aveva un piccolo coagulo solido, che aderiva alla superficie dell' organo. Si avevano delle vescicole di Graaf rotte, ed un ovulo tuttavia aderente. L' ovario sinistro presentava i segni della congestione acuta; utero normale. È questo un fatto realmente raro, che si produca durante la mestruazione, un'emorragia addominale in conseguenza della rottura di una vescicola di Graaf; il fatto però, sebbene raro, è ammesso dagli autori, specialmente dal Graily-Hevitt. A. M.

CORRISPONDENZA

Riceviamo e pubblichiamo:

Onorevole Redazione.

Il Dr Fontana pubblicando negli *Annali*, fascicolo di Marzo, il suo caso di « amputazione cesarea utero-ovarica per rottura d' utero » a pag. 116, scrive: « Il Prof. Mangiagalli a proposito del processo « Sänger dice: il processo Sänger è quindi per me il più scien- « tifico, il più metodico, quello che deve avere la preferenza *su* « *tutti gli altri accennati sinora in questo capitolo,* poichè con « questi ha comuni i vantaggi, mentre non possiede molti degli « inconvenienti per essi lamentati, ed ha in proprio il grande « vantaggio di essere un metodo generale, di non avere controindi- « cazioni tecniche. »

E subito dopo aggiunge:

« Per parte mia reputo tale asserzione un po' troppo assoluta. « Un caso, io credo, si sottrae completamente al processo Sänger e « cioè quando la rottura dell' utero è la conseguenza di una malat- « tia del suo tessuto. »

La citazione, che il Dott. Fontana fa delle mie parole è testuale; ma non è fatta a proposito e con essa mi fa dire una cosa che io non ho mai sognato di dire, e mi presta una convinzione che non aveva e che non ho. Il capitolo del mio lavoro, a cui sono tolte le parole citate, porta per titolo « *il taglio cesareo* « *classico rinnovato* » ed è ponendo a confronto il processo del Sänger con quelli poco prima descritti dal Cohnstein, dal Frank, dal Kehrer che io ho scritto il periodo citato. Che io non potessi in alcun modo alludere alla rottura d'utero lo dimostra poi anche il fatto, che nello studio, che allora io feci del taglio cesareo, omisi di deliberato proposito i casi di rottura completa dell'utero con passaggio del feto nel cavo peritoneale. Che poi non fossi in detti casi partigiano del processo del Sänger, quando venisse in mente a qualcuno di discuterlo nei casi di rottura d' utero, lo dimostra indirettamente una delle conclusioni di quel mio lavoro, nella quale è detto, che anche un partigiano convinto del metodo Sänger dovrebbe ricorrere al metodo Porro, quando alla estrazione del feto si stracciassero i margini della ferita.

Catania, 9 Aprile 1888.

Prof. Luigi mangiagalli.

AVVISO

ACCADEMIA MEDICO-FISICA FIORENTINA

Avviso. — La Società Medico-Fisica e la Società Filojatrica di Firenze hanno fondato un Premio quinquennale di lire 500 per favorire il progresso della Chirurgia in Italia e per onorare e perpetuare la memoria dell'illustre Professore Ferdinando Zannetti.

Il primo Concorso a detto premio scade per la presentazione delle opere col 1° Marzo 1889 e il tema designato è « *la Chirurgia del Cervello, del* « *Midollo spinale e delle loro meningi.* »

Nell'ordine logico della Chirurgia questo argomento fa seguito a quello della trapanazione del cranio, sul quale il Prof. Zannetti dopo un assiduo lavoro di oltre dieci anni, nel 1877 scrisse un'Opera stupenda, incoraggiando i Chirurghi ad « uno studio di cui essa (la trapanazione del cranio) ancora « abbisogna, diretto a riconoscere i casi nei quali debba considerarsi quale « atto operatorio di assoluta urgenza; cosicchè la clinica non possa essere « accusata di avere respinto un compenso chirurgico razionale e proficuo ad « impedire un esito fatale. » (Vedi Prefazione a detta Opera).

Quasi che queste parole dell'eminente Clinico di Firenze avessero avuto un eco lontano, in Inghilterra e in Germania alcuni valorosi Chirurghi hanno preso a coltivare questo studio; e le vittorie da Essi riportate in questo campo autorizzano già a presagire che anche in esso la moderna chirurgia farà grandi conquiste.

La storia assicura che i Chirurghi Italiani risponderanno in buon numero a questo appello e che opteranno al Premio Zannetti pel quale occorrono le condizioni formulate in questo

REGOLAMENTO

Art. I. È aperto il concorso al Premio quinquennale di L. 500 istituito dalle due Società Medico-Fisica e Filojatrica Fiorentina col titolo Premio Zannetti.

Art. II. Saranno ammessi al concorso soltanto i lavori di autori Italiani.

Art. III. Il premio sarà conferito dalle due Società Medico-Fisica e Filojatrica riunite in seduta plenaria, letto, discusso ed approvato il rapporto della Commissione esaminatrice dei lavori presentati a concorso.

Art. IV. Detta Commissione sarà composta di membri scelti nelle due Società e cioè di due Membri della Medico Fisica e di uno della Filojatrica.

Art. V. La Presidenza della Società Medico-Fisica annunzierà l'apertura del concorso un anno avanti il termine utile per il conferimento del premio.

Art. VI. Il termine utile per la presentazione dei lavori scadrà il dì 1° marzo 1889 ed i lavori dovranno essere diretti, franchi da ogni spesa, alla Presidenza della Accademia Medico-Fisica.

Art. VII. Tutti i lavori presentati al concorso diverranno proprietà delle due Società e saranno conservati in archivio.

Art. VIII. Quando entro il termine di un anno l'autore del lavoro premiato non l'abbia fatto stampare per proprio conto, le due Società avranno il diritto di pubblicarlo nei loro atti.

Art. IX. Nel caso che nessun lavoro fosse presentato al concorso o che non si facesse luogo al conferimento del premio, le due Società provvederanno subito a riaprire il concorso.

V° Il Presidente
Prof. Luigi Luciani

I Segretari degli Atti
Dott. Vittorio Grazzi
Dott. Aurelio Bianchi

Firenze, dalla Residenza dell'Accademia nel R. Arcispedale di S. Maria Nuova, 1 Marzo del 1888.

N. B. I Direttori dei giornali sono pregati di pubblicare questo Avviso.

ANNALI DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

SOMMARIO. — Fasola Dott. Emilio. Cinque casi di gravidanza estrauterina. Nota clinica. (*Contin. e fine*). *Pag.* 193. — Martinetti Dott. A. (*Traduzione*): Pinza-leva aggiunta al forcipe per fare le tirate nel senso dell'asse del bacino. *Pag.* 205. — Sani. Dott. A. Casistica ginecologica. *Pag.* 215. — Rivista. *Pag.* 219-240.

23 JUN 88
LIBRARY

REGIO ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI FIRENZE
diretto dal Prof. Cav. Ufficiale
DOMENICO CHIARA

CINQUE CASI DI GRAVIDANZA ESTRAUTERINA.

NOTA CLINICA

DEL

Dott. EMILIO FASOLA Aiuto Professore

Continuazione e fine. V. pag. 145-163. Gennaio del 1888

Nella gravidanza estrauterina, come sappiamo, l'ovo fecondato si arresta e si sviluppa fuori dell'utero, e a seconda del punto nel quale l'ovo si arresta e si sviluppa, si distinguono tre specie di gravidanza estrauterina: la gravidanza estrauterina ovarica, la addominale, la tubarica.

Della ovarica qualche autore fa due varietà; la ovarica *interna* (ancora discussa) nella quale l'ovo fecondato nel follicolo di Graf, viene chiuso in questo per unione e cicatrizzazione dei suoi margini di lacerazione, e l'ovo sempre rivestito dappertutto da tessuto ovarico, si svilupperebbe come una cisti ovarica comune, ma con differente e grande rapidità; la ovarica *esterna* (generalmente ammessa) nella quale l'ovo fecondato nel follicolo di Graf collo sviluppo progressivo oltrepassa i margini della lacerazione dell'ovisacco, e sporge sempre più nella cavità peritoneale, dove più tardi finisce per trovarsi in massima parte.

Della specie addominale si hanno due varietà: la *primitiva* quando l'ovo cade sopra un punto del peritoneo, e fecondato, là si sviluppa; la *secondaria*, quando il feto cade e si sviluppa nella cavità addominale per rottura della cisti da gravidanza estrauterina tubarica ed ovarica.

Della specie tubarica si contano tre varietà: la tubarica propriamente detta, quando l'ovo si arresta e si sviluppa nel tratto di tromba che sta fra il padiglione e il punto nel quale la tromba entra nel tessuto uterino; la tubo-addominale quando l'ovo si sviluppa nella parte esterna della tromba, sul padiglione, invadendo la cavità addominale, il cui peritoneo prende parte alla formazione della cisti: la interstiziale quando l'ovo si sviluppa nel tratto di tubo che attraversa la parete uterina.

Questa classificazione ha base tutta pratica, poichè sappiamo che l'andamento e l'esito della gravidanza estrauterina è diverso nelle diverse specie e varietà, e diversa quindi deve essere la cura e la prognosi. Così ad esempio, uno degli accidenti più gravi che si presenta non raramente nel corso e ad un periodo più o meno avanzato della gravidanza, è la rottura della cisti colle tristi conseguenze: orbene, essa è molto più frequente nella

gravidanza tubarica, che nelle altre specie, e più facilmente e più presto si mostra nella varietà interstiziale che nella tubarica propriamente detta; mentre è assai più rara e più tardiva nella varietà tubo-addominale, che a questo riguardo si approssima e si confonde colla gravidanza estrauterina addominale, come la ovarica comune o esterna.

Ricordiamo brevemente l'andamento e l'esito della gravidanza estrauterina in genere e di ciascuna specie in particolare, e vediamo se con questa norma è possibile tracciare la indicazione terapeutica appropriata.

Nella gravidanza estrauterina si può avere:

1°. interruzione spontanea della gravidanza;

2°. rottura della cisti;

3°. continuazione della gravidanza fino al termine ordinario, od oltre a questo termine.

Nel primo caso, che non sembra tanto raro, la interruzione della gravidanza può avvenire per tempo, nel primo, nel secondo mese, e il prodotto del concepimento essere assorbito; o può avvenire più tardi dal quarto, dal quinto mese in là, e il feto non potendo essere assorbito dare luogo a fenomeni diversi.

Tra gli esiti il più favorevole è costituito dalla sua trasformazione in litopedio, nel qual caso il prodotto del concepimento può restare nell'organismo materno un tempo lunghissimo, o indefinito, senza destare fenomeni d'importanza, ma non sempre. Il feto non convertito in litopedio si decompone, e si inizia un processo di putrefazione, favorito dalla vicinanza dell'intestino, e l'infiammazione si diffonde alle parti circostanti: oppure il litopedio determina irritazione, infiammazione, che può diffondersi alla sierosa peritoneale, determinando una peritonite acuta o sub-acuta.

Se la donna sopravvive abbastanza alla complicazione si potrà osservare l'assottigliamento della parete della

cisti e la sua usura in qualche punto, per il quale si apre nella cavità addominale, o nell'intestino, o nella vescica, o nell'utero, o nella vagina, o contemporaneamente in più di uno di questi visceri, attraverso i quali si elimina il contenuto. La paziente può guarire riportando qualche fistola, ma non di rado soccombe rapidamente per diffusione del processo settico al peritoneo, soccombe lentamente per esaurimento determinato dalla suppurazione e dalla durata del lavorío di eliminazione della cisti.

Nel secondo caso, la rottura della cisti può effettuarsi in tempo ed in modo assai diverso. Nella varietà tubarica la parete cistica è costituita dalle due membrane di origine ovolare (amnios e corion) e dalla parete della tromba; nella tubo-addominale la tromba riveste soltanto in parte l'ovo, e per la parte esterna o addominale, il corion si trova allo scoperto, oppure è rivestito da una membrana di neoformazione infiammatoria, da una vera capsula secondaria come può, e infatti avviene spesso nella specie addominale e nella ovarica esterna. Nella ovarica interna il corion sarebbe rivestito dalla parete dell'ovisacco. Nella interstiziale è rivestito dalla parete della tromba circondata dal tessuto muscolare uterino all'interno. Siffatta disposizione anatomica vale a rendere conto della rottura della cisti e dei processi di peritonite ripetentisi che tanto frequentemente accompagnano la gravidanza estrauterina.

Il rapido sviluppo dell'ovo distende enormemente la tromba che ad un determinato punto si smaglia e si rompe; il tumore che agisce da corpo estraneo nel cavo addominale, le smagliature che si producono ad intervalli più o meno lontani nelle pseudo-membrane infiammatorie che avviluppano l'ovo, il quale cresce continuamente, costituiscono un pericolo di rottura della cisti per ineguaglianza di resistenza dei vari punti della parete cistica e sono causa incessante di irritazione e di peritonite.

Alla rottura della cisti tiene dietro necessariamente emorragia, e, assai spesso, peritonite, talvolta mortale.

Ma per essere quella non abbondante, e questa parziale, limitata, la donna può sopravvivere alla rottura, e la gravidanza continuare; oppure, morto il prodotto del concepimento, dare luogo ai fatti sopra ricordati, litopedio, infiammazioni, fistole ecc. La rottura della cisti senza interessamento di grossi vasi, e per la specie tubarica, la rottura di essa in basso, nello spessore del legamento largo, e quindi fuori del cavo peritoneale; la esistenza di pseudo-membrane limitanti lo spazio nel quale si raccoglie il sangue; il soffermarsi del feto nella breccia, comprimendo i vasi rotti e beanti ai margini; ed altre condizioni speciali possono contribuire a trattenere l'emorragia in limiti compatibili con la continuazione della vita della paziente e anche con la continuazione della gravidanza.

Nel terzo caso, la continuazione della gravidanza fino al termine ordinario, si può avere sia che la cisti continui a svilupparsi e raggiunga quell'epoca senza rompersi, sia che avvenga la rottura di essa anche a tutto spessore, comprendendo il corion e l'amnios come nei casi di Patuna, Braume, Bandl. In questo modo si può produrre la gravidanza addominale secondaria per passaggio del feto nel cavo addominale in seguito a rottura della cisti da gravidanza tubarica od ovarica.

Arrivata la gravidanza a termine, compaiono in scena fenomeni somiglianti a quelli del travaglio del parto, dolori con emissione dall' utero di muccosità sanguinolenti e di brani di membrane, specie di decidua.

In questo tentativo di parto, e in altri che succedono al primo, il prodotto del concepimento va soggetto a modificazioni profonde, le quali ne compromettono la vita, e talvolta lo pseudo travaglio dà luogo alla rottura della cisti con le sue conseguenze.

Tale a grandi tratti l'andamento della gravidanza estrauterina in genere: non è punto indifferente la specie e la varietà della gravidanza nell'andamento stesso, nella produzione di questo o di quell'esito. Così abbiamo già veduto che la rottura della cisti è più frequente nella specie tubarica che nelle altre, e si effettua più presto nella interstiziale che nella tubarica propriamente detta: nella-tubo addominale, come nella addominale, e nella ovarica esterna, la rottura deve essere meno frequente e più tardiva che nella ovarica interna. Il che vuol dire in altri termini che se la gravidanza addominale, la ovarica e la tubo-addominale può arrivare con certa frequenza al termine o presso al termine, determinando disturbi e fenomeni morbosi estranei alla rottura della cisti, e più o meno accentuati; questo deve essere la grande eccezione per la gravidanza tubarica e interstiziale, in cui la rottura della cisti nei primi quattro mesi è la regola.

I mezzi di cura della gravidanza estrauterina non sono molti, ma la indicazione, la opportunità, il valore di ciascuno di essi è molto discusso. I fenomeni e i pericoli della gravidanza estrauterina sono diversi nelle diverse specie e nelle diverse epoche di gravidanza: questo appare chiaramente dal poco che abbiamo sopra ricordato: è quindi naturale che anche la cura debba adattarsi alle varie circostanze. Se non che la diagnosi differenziale delle specie di gravidanza estrauterina in pratica non è facile, se pure è possibile e quindi ci limitiamo a dividere la gravidanza in tre periodi, e per ciascuno di questi tracciare una indicazione terapeutica conveniente.

Nel primo periodo, esteso fino al quinto mese, l'indicazione prima è di interrompere la gravidanza uccidendo il feto in luogo; se questo non riesce, e in determinati casi, estrarre il feto, od esportare la cisti. Complicazioni

non rare in questo periodo sono la rottura della cisti e la peritonite, che pure possono richiedere una cura speciale medica o chirurgica.

In questo periodo (primo) adunque interrompere la gravidanza, procurando la morte del feto. I metodi proposti e praticati con diverso esito sono: la puntura del sacco e l'estrazione del liquido amniotico, l'iniezione di sostanze narcotiche nella cisti, l'elettricità. I diversi resultati ottenuti dai tre metodi hanno portato i pratici a diverse opinioni a loro riguardo. Così, mentre il Bandl scrive (Enciclopedia di patol. chirurg. Pitha e Billroth pag. 897) a proposito della puntura del sacco: « questo processo merita di essere molto raccomandato..... Noi riteniamo la puntura del sacco come conveniente fino al quinto mese, » Gaillard Thomas non vi è favorevole per i pericoli di setticemia e di emorragia, dipendente questa dal raggrinzarsi della cisti, e dalle lacerazioni delle aderenze dell'ovo. Enrico Garrigues fa notare che « la setticemia può essere evitata, ma il pericolo dell'emorragia è veramente grande.... *and after, all, this method is uncertain in its results....* poichè un caso pubblicato da Spencer T. Smith, e uno da Frankel dimostrano che la estrazione del liquido amniotico può non interrompere la gravidanza. Nel caso di Frankel il feto venne estratto vivo mediante laparotomia, quattro mesi dopo che la cisti era stata punta e che erano stati estratti venti grammi di liquido amniotico e sangue arterioso. »

In uno dei casi sopra riportati ed occorsi nella clinica fiorentina (n. 223) si ricorse alla puntura e all'evacuazione parziale del liquido cistico (un bicchiere): più tardi alla elettricità. La puntura non fu seguita nè da emorragia a lei incolpabile, nè da setticemia: però se osserviamo che la cessazione della gravidanza avveniva in questo caso soltanto vent'un giorni dopo la puntura, e in seguito all'applicazione ripetuta della corrente, non

possiamo a meno di dubitare della sicurezza costante, o per lo meno pronta, della sua azione sulla vita del feto, azione del resto che ebbimo a constatare eccellente in un altro caso non dubbio occorso nel 1886 in questa stessa clinica.

Le iniezioni di sostanze narcotiche nella cisti (uno, due ctg. di cloridrato di morfina, con la siringa del Pravatz) fatta precedere o meno dalla puntura e dalla evacuazione molto parziale del liquido amniotico, come veniva praticato da Koerbele con resultato buono in un caso di gravidanza nel terzo mese, è in generale meno temuta, ma di esito pure incerto. L'applicazione dell'elettricità è anche molto discussa: Thomas Gaillard vuole, prima del quinto mese, distruggere la vita del feto mediante la elettricità, di preferenza a qualunque altro mezzo: Bandl (loc. cit. pag. 898) scrive che « l'uso della elettricità non sembra di alcun vantaggio di fronte alla puntura e alla iniezione di liquidi narcotici. »

Stando al risultato ottenuto nel caso sopra citato (223) noi saremo portati a credere che questo metodo non sia privo di valore pratico, benchè possa lasciare sempre un dubbio sulla esattezza della diagnosi intorno alla esistenza della gravidanza, quando questo metodo è applicato solo, non preceduto dalla parziale evacuazione del liquido.

Mezzi sicuri per la soppressione della gravidanza, ma molto più pericolosi, sono dati dalla asportazione totale del sacco, quando è possibile, e dalla estrazione del feto. Se non che la pratica attuazione di questi metodi assai raramente può trovare luogo. La asportazione del sacco mediante laparotomia richiede come condizione, *sine qua non*, che i tessuti sottostanti alle cisti possano essere stretti da uno o più nodi, e disposti a mo' di peduncolo, che dopo l'asportazione del tumore potrà essere fissato all'angolo inferiore della ferita addominale, o abbando-

nato nel cavo peritoneale, come si fa per esempio nella ovariotomia comune.

Tale disposizione si può avere soltanto nella gravidanza estrauterina tubarica propriamente detta, e nella ovarica, in principio della gravidanza; e, ammesso pure che la gravidanza estrauterina possa essere fatta molto per tempo, starà sempre la difficoltà di conoscere la varietà di essa. Nella gravidanza tubarica alquanto avanzata, e nella interstiziale, venne proposto di praticare coll'asportazione del sacco, la ovaro-isterectomia sopravaginale. La esperienza dice ancora nulla a riguardo di questo procedimento, e la grave mutilazione non può essere accolta senza discussione. Ricordiamo che nelle condizioni a cui ci riferiamo, l'atto operativo è praticato come cura profilattica della rottura della cisti con le sue conseguenze: e qui sta a vedere se i resultati favorevoli dell'atto operativo sono superiori in numero alle guarigioni consecutive alla rottura, pur facendo astrazione dei casi in cui la rottura può non avvenire per natura della regione sopra la quale si sviluppa il prodotto del concepimento. Già Spencer Vells (a differenza di Bandl) si dichiarava contrario a questa pratica preventiva basando la sua dichiarazione sopra il numero grande delle donne che sopravvivono alla rottura: ed i tre fatti occorsi nella clinica fiorentina n. (49, 199, 192) confortano l'asserzione del ginecologo inglese.

La estrazione del feto può essere praticata attraverso la vagina, mediante l'elitrotomia; oppure dall'addome mediante laparotomia. I pericoli che accompagnano o seguono questo metodo, l'emorragia e la infezione, soprattutto quando si ricorra alla elitrotomia, sono tali da dispensarci da una parola in più di un semplice cenno.

Abbiamo detto sopra che complicazioni non rare nel 1° periodo, sono la rottura della cisti e la peritonite, che pure richiedono una cura speciale medica o chirurgica.

La cura medica, reclamata dalla rottura, è stata messa in pratica nei casi sopra riportati col n°. 49, 199, 192: in nessuno di questi fu creduto opportuno di intervenire chirurgicamente: per verità senza motivo di lamentare l'astensione prudente: e questo contrariamente da quanto ha praticato e ha sostenuto il Lawson Tait nel Congresso di Copenaghen (*Britisch medical Journal*, Giugno 1884). Basando il suo giudizio sull'esito di cinque laparotomie fatte al momento della rottura della cisti da gravidanza estrauterina, e seguite da guarigione quattro volte, il chirurgo inglese concludeva allora che « sospettata la « rottura di una tuba uterina gestante, e se un atto chi- « rurgico dev'essere compiuto, *e lo deve essere evidente-* « *mente*, esso dev'essere fatto senza ritardo. Il sollecito « intervento è precipuo elemento di un buon successo « nella chirurgia addominale. »

Nel secondo periodo, esteso dal quinto mese al termine della gravidanza, se il feto si mantiene vivo, considerando che la rottura della cisti a quest'epoca è molto più rara, conviene aspettare e limitarsi ad una cura palliativa dei disturbi che sorgono spesso e ripetutamente, quali il risentimento peritoneale, le peritoniti parziali ecc. Al termine, o presso al termine, praticare la laparotomia, col doppio scopo di salvare madre e feto.

Nel terzo periodo, caratterizzato dalla morte del feto negli ultimi mesi di gravidanza, o al termine, si possono avere due condizioni diverse: 1° alla morte del feto tengono dietro fenomeni di peritonite, di infezione come nel fatto sopra riportato ed erroneamente diagnosticato; allora intervenire attivamente ed estrarre prontamente il feto, togliere la causa morbosa (laparotomia, elitrotomia ecc.): 2° non tengon dietro fenomeni gravi; cura palliativa, intervenire più tardi, in condizioni migliori, per riguardo specialmente ai rapporti fra cisti e base d'impianto.

Ancora recentemente il Prof. Negri poneva la que-

stione « data una gravidanza estrauterina, con feto morto da tempo, senza urgente indicazione da parte della donna, conviene intervenire attivamente, od è preferibile una vigile aspettazione? *Annali di ostetricia e ginecologia*, 1885, pag. 127, » e partendo da un caso da lui curato mediante laparotomia e seguíto da guarigione, rispondeva: « io penso che, purchè sia passato un certo tempo « dalla morte del feto (e ciò per ragioni molto ovvie), « convenga sempre intervenire, ed anzi sia meglio farlo « quando le condizioni della donna sono fiorenti, perchè « migliore allora il prognostico. »

Nel caso da lui operato, l'ostetrico di Venezia si limitava all'estrazione del feto abbandonando la placenta nel cavo addominale.

Riassumendo: i cinque casi occorsi nella clinica fiorentina, durante il triennio, sopra 1565 gravidanze quivi osservate, rappresentano la frequenza del 0,319 per cento: in tre casi avveniva la rottura della cisti, e seguiva la guarigione senza intervento chirurgico; nell'uno di gravidanza addominale disconosciuta seguiva esito letale al 7° mese, per morte del feto, rottura della cisti e peritonite (laparotomia subito dopo la morte della donna); nell'ultimo la puntura e l'elettricità furono di effetto tardo, ma utile.

Per la cura la clinica si attiene in massima alle seguenti norme: prima del quinto mese interrompere la gravidanza uccidendo il feto mediante la puntura del sacco, e l'estrazione parziale del liquido amniotico, mediante la elettricità, l'iniezione di sostanze narcotiche nella cisti. Avvenuta la rottura della cisti, a meno di casi speciali, limitarsi pel momento ad una cura medica: la laparotomia e l'estrazione del feto potrà essere indicata più tardi, o perchè il prodotto del concepimento sopravvive alla rottura del sacco, dando luogo alla gravidanza estrauterina addominale secondaria; o perchè il

prodotto del concepimento, che ha cessato di vivere ad un certo grado di sviluppo ed ha subìto modificazioni particolari (il litopedio rappresenta tra queste la forma più benigna) può essere causa di danni già esistenti e manifesti e di pericoli più o meno lontani. Dal quinto mese in poi, varcato il periodo più pericoloso per la rottura, a feto vivo, attendere fino presso al termine di gravidanza, e allora praticare la laparotomia, nell'intento di salvare madre e figlio.

A feto morto, attendere se non si presentano fenomeni gravi minaccianti la vita della madre, praticare le cure mediche ed igieniche opportune, ed intervenire chirurgicamente più tardi, a distanza dalla morte del feto: se fenomeni gravi succedono alla morte del feto (suppurazione, peritonite, ecc.), intervenire prontamente mediante laparotomia.

Alterazione, putrefazione della cisti si può avere anche a distanza più o meno grande dalla morte del feto e, ben' inteso, anche in questi casi l'intervento deve essere attivo e pronto. Curare la cisti come gli ascessi in genere, aprirla mediante laparotomia od elitrotomia; se è già aperta e comunicante all'esterno direttamente, lungo un tramite fistoloso, o indirettamente attraverso i visceri vicini, retto, vescica, vagina, utero; dilatare, sbrigliare convenientemente il canale di comunicazione, vuotare e lavare la cavità, e, al caso, creare una nuova via artificiale quando la spontanea o naturale non è accessibile (nell'intestino tenue ad esempio), oppure non abbastanza dilatabile per il passaggio del feto, oppure per questo e per la forma, direzione, od altro, non si presta al passaggio di istrumenti e alle pratiche necessarie (l'uretra ad esempio nei casi in cui la cisti si apre in vescica).

TRADUZIONI

Pinza-leva aggiunta al forcipe per fare le tirate nel senso dell'asse Dott. Hermann Kade di Sorau (Prussia).

Senza dubbio spetta al Tarnier il vanto di aver costrutto un apparecchio per le tirate nel senso dell'asse, e di aver iniziato con i suoi lavori un potente movimento in favore dell'applicazione del forcipe allo stretto superiore.

La Germania, meno che qualunque altro paese, ha seguìto questo movimento, ma illustri scienziati si sono occupati della questione e i lavori del Lahs, del Sänger, e del Breus son venuti a combattere il dogmatismo un po' troppo rigido della scuola tedesca ; non più si respinge in tutti i casi l'applicazione del forcipe allo stretto superiore, come facevano lo Spiegelberg e lo Schroeder.

Fra i sunnominati scienziati il Breus specialmente ha dimostrato in modo perentorio che la indicazione di applicare il forcipe allo stretto superiore può presentarsi assai frequentemente, e che non solo si può ma anzi si deve tentare tale operazione, prima di procedere alla craniotomia. I dubbi, che sino a questi ultimi tempi, avevano fatto condannare tali applicazioni del forcipe, devono cessare dal momento, che si riuscisse a diminuire con migliori metodi operativi i danni, che minacciano la madre e il fanciullo.

Il modello del forcipe presentato dal Breus si deve considerare come una felice imitazione dell'apparecchio del pro-

fessore francese, inquantochè mantiene il principio essenziale dello strumento, pur togliendovi tutto ciò che per i tedeschi è inammissibile, come la vite di compressione, il meccanismo complicato, ecc.

Se io mi prendo la libertà di presentare al pubblico un nuovo modello di forcipe, egli è perchè il Tarnier e gli altri, venendo sino al Breus, che hanno portato delle modificazioni al suo sistema, hanno francamente riconosciuto che con i loro apparecchi non si può fare le tirate nel senso dell'asse del bacino; ed ora io credo di potere affermare che giungeremo a fare le tirate nel senso dell'asse con precisione matematica, se baseremo la costruzione di un apparecchio sul principio, che dobbiamo agire secondo un centro di rotazione. M' importa constatare che per il momento mi basta stabilire il principio su cui è basata la costruzione, perchè son ben lungi dal credere d'aver trovata la migliore applicazione di tal principio nello strumento che descriverò.

Anzi io riconosco che questo strumento si può perfezionare sotto varii aspetti, ed io sarò lieto se i nostri colleghi, ammettendo la giustezza del principio, mi aiuteranno con i loro consigli. Forse così vedrò realizzarsi il mio voto di presentare ai colleghi uno strumento semplice, possibile e che permetta d'applicare il forcipe allo stretto superiore, nei casi di riconosciuta necessità, d' impiegare le loro forze esclusivamente all'estrazione del bambino, e non a mortificare la parete anteriore del bacino, producendo nella madre fistole vessico-vaginali e nel bambino lesioni del cranio.

La pinza-leva si compone di due aste metalliche rigide riunite a una delle loro estremità per mezzo di una cerniera con impugnatura trasversale, rotonda, liscia, di legno duro, di 12 ctm. di lunghezza; così, distando circa due ctm. l' una dall'altra esse sono mobili nel medesimo piano. A 10 centimetri da questa impugnatura, le aste

hanno nelle faccie che si guardano fra loro un incavo trasversale largo e lungo circa un ctm. destinato a incastrare la parte media del forcipe. Al di sotto di questo incavo le aste terminano con manici analoghi a quelli della maggior parte dei forcipi.

Quando si verifichino le condizioni per adoprare la pinza-leva si adatta al forcipe già applicato, con le aste divaricate dall'alto al basso, fino a che l' incavo venga ad adattarsi quanto è più possibile vicino all' incrociamento delle branche del forcipe (cosicchè la pinza e le branche del forcipe s' incontrano ad angolo retto). La pinza supplementare resta in questa posizione pel suo proprio peso e per la resistenza d'attrito: tutto quindi è pronto per le tirate.

Per praticarle, la mano sinistra dell'operatore impugna a piena mano il manico trasversale superiore della pinza-leva, tenendo il dito medio fra le aste dello strumento, mentre che la mano destra impugna le due aste inferiori della pinza-leva, le ravvicina con quanta forza abbisogna per l'estrazione classica col forcipe, ed esercita allora una tirata uniforme. L' incarico della mano sinistra è solo di mantenere il manico superiore sempre nella stessa posizione, permettendogli tuttavia un moto di rotazione sul suo proprio asse.

Per la compressione delle due branche inferiori la pinza supplementare è unita sì solidamente al forcipe da formare un corpo unico ; la pressione esercitata con la mano destra arriva sulla testa, e ciò si dimostra con un semplice calcolo, con la stessa intensità che se fosse esercitata direttamente con le branche del forcipe.

Difatti, col forcipe classico, il punto sul quale opera la forza della mano, che comprime, è a circa ctm. 7 e mezzo dal punto d' incrociamento, mentre che il punto d'azione della pinza supplementare dista circa ctm. 2 e mezzo. La

stessa quantità di forza agisce dunque su questo punto con un resultato tre volte minore ; ma il fatto che nella pinza che rappresenta una leva a un sol braccio, il braccio lungo (30 ctm.) è tre volte più lungo del piccolo (10 ctm.) dà per conseguenza che le aste del supplemento agiscono esse stesse con una intensità tripla sul forcipe stesso, ottenendosene infine lo stesso effetto utile.

Inoltre, per ciò che concerne l'energia e la durata delle tirate si capisce che *mutatis mutandis* seguono le stesse regole che per il forcipe classico. Bisogna considerare che la forza di trazione dell'operatore agisce sulla testa con molta più energia, e che quindi la durata e la forza delle tirate saranno d'altrettanto meno considerevoli.

È facile, comparativamente all'estrazione del forcipe ordinario, di far sì che le tirate siano in proporzione con la contrazione normale dell' utero, cioè che aumentino a poco a poco di forza, poi per un certo tempo agiscano con eguale energia e quindi lentamente diminuiscano.

Appena la testa è tanto impegnata nel bacino da potere essere estratta col forcipe non armato, la pinza supplementare avrà finito il suo compito, e si toglie dal forcipe col semplice divaricare le aste.

Da ciò che abbiam detto resulta che non si tratta tanto di un nuovo strumento, quanto di un nuovo metodo operatorio.

Difatti (e si può constatare) la direzione rettilinea delle tirate si trasforma in una direzione curvilinea, e così le branche del forcipe si trovano forzate a muoversi secondo la loro propria direzione, trasmettendo questo movimento alla testa del feto che abbracciano ; quella direzione approssimativamente coincide con la linea assile del bacino.

Nel costruire questa pinza mi hanno diretto le seguenti considerazioni.

Senza commettere un errore troppo grave, di cui del

resto si terrà conto più tardi, si può considerare l'asse del bacino come un arco di cerchio, di cui il centro è situato al di fuori del bacino stesso, in un punto al davanti del pube. La curvatura del forrcipe applicata coincide, come dicemmo, con la curvatura del bacino. Se pertanto si collega stabilmente un punto, che sia situato fuori dell' utero e che faccia parte della curva linea assile del bacino, o sia a questa molto prossimo, come potrebbe essere la vite del forcipe, con un asse che passi per quel punto medesimo immaginario, si giunge ad ottenere il meccanismo di una ruota, di cui la periferia (nel nostro caso le branche del forcipe) si muove, ruotando attorno a quest'asse, esattamente nel senso della linea assile del bacino, e deve su qualunque punto di questa linea esercitare una forza traente, che le sarà tangenziale.

È vero che l'asse del bacino non è composto in realtà di un solo arco di cerchio, ma bensì di due archi a raggio differente. Questa circostanza non ha grande importanza, poichè per le tirate nel senso dell'asse c' interessa soltanto la parte superiore del bacino. D'altra parte nè io nè altri avremo, credo, la pretesa di risolvere la questione con una precisione idealmente matematica. Nè infatti il centro reale della rotazione coincide con esattezza col centro immaginario del cerchio dell'asse; e la pratica prova che è materialmente impossibile fissare il braccio superiore della leva supplementare in guisa tale da soddisfare alle esigenze di un punto di rotazione ideale.

Ho la speranza che altri troveranno con la pratica, come io ho fatto, che con tutti i difetti apparenti, ma rimediabili col tempo, si può ottenere lo scopo di fare le tirate nel senso dall'asse al bacino.

Se si ammette la prova della giustezza del principio che è base del mio strumento, soltanto la parte superiore del supplemento, che va dal manico trasversale sino al

forcipe ha la sua ragione d'essere: poichè con un punto superiore fisso di rotazione una tirata sull'asse nel senso della rotazoione, basterebbe ad ottenere l' intento prefissoci. Ora ho prolungato il supplemento in basso del doppio della lunghezza della parte superiore, per compensare la dispersione di forze occasionata dalla resistenza della mano sinistra, mentre ho voluto dare un appoggio comodo per fare agire la forza traente; condizione questa alla quale il Tarnier, i suoi predecessori e i suoi successori hanno voluto soddisfare, non so se rendendosi o no spiegazione della cosa.

Nè si potrebbe negare che i manici del forcipe classico siano uno strumento imperfettissimo per lo sviluppo di una forza traente. La parola *trazione* fa supporre una certa qualità di forza, che manca in generale ai muscoli dell' uomo, e più specialmente nei grandi sforzi e più ancora nell' estrazione mediante il forcipe, dovendo operare in una posizione disadatta: questa qualità di forza è la costanza, sia relativa alla direzione che all'energia.

Per quel che concerne l'energia, riporto le misure dinamometriche del Joulin. Con una tirata, che duri 2 minuti primi, ha ottenuto:

dopo	3	minuti	secondi. . . .	chilogrammetri	60
»	10	»	»	»	45
»	15	»	»	»	60
»	30	»	»	»	30
»	37	»	»	»	40
»	44	»	»	»	20
Riposo di 10 secondi.					
dopo	67	minuti	secondi. . . .	»	20
»	77	»	»	»	30
»	79	»	»	»	40
»	92	»	»	»	30
»	110	»	»	»	50
»	120	»	»	»	20

Queste cifre, almeno sotto certi rapporti, dicono che i muscoli volontarii dell'operatore non danno che un compenso imperfetto della *vis a tergo* insufficiente dell' utero.

E non bisognerebbe dimenticare che la necessità della costanza dell'energia, suppone che la forza impiegata sia sempre proporzionale alla resistenza, cioè, che si moderi tutte le volte che la resistenza è vinta. Cioè, dovremo sempre essere padroni del forcipe, e il nostro senso muscolare deve determinare la quantità di forza necessaria secondo i varii momenti.

Se il forcipe scivola in addietro vuol dire che vi ha difetto di questa *coscienza muscolare.* Se questa diminuisce per eccessivi sforzi muscolari, si avrà diminuzione nella facoltà di apprezzare la quantità di forza necessaria.

Questa insufficienza del nostro organismo, sotto il rispetto della meccanica, si può diminuire dando alla mano, organo traente, una migliore posizione e appoggio più conveniente, senza nuocere per questo alle altre condizioni, che possono giovare alla madre e al feto.

Ma l' insufficienza della nostra forza traente è ancor più palese se si consideri la costanza della direzione. Per questa una condizione indispensabile è che la forza agente non sia mobile nella sua direzione rispetto al forcipe, ma che con questo sia unita in modo immobile; condizione che sino ad oggi è stata soddisfatta assai imperfettamente.

Il forcipe non dev'essere, come vuole lo Schroeder, una prolungazione artificiale della testa del feto, ma il prolungamento del braccio dell'operatore, una mano di ferro. Noi arriviamo a questo resultato mettendo, per tirare, la mano destra solidamente attorno ai manici e immobilizzando così l'articolazione della mano. Sapendolo o no, noi realizziamo il parallelogramma delle forze costruito nel nostro pensiero e cerchiamo, con una com-

binazione della direzione traente e della pressione di ottenere come resultante una linea di direzione, che sia parallela all'asse virtuale del bacino. Ora siccome il forcipe, astrazione fatta dalla mobilità sulla vite, costituisce un tutto unico, qualunque forza che si eserciti su lui a un punto qualunque, deve trasportarsi, rispetto all'azione e alla direzione, sulle cucchiaia del forcipe, e quindi sulla testa fetale compresavi, supponendo che questa direzione sia costante.

Qualunque movimento combinato trionferebbe certamente se la resistenza fosse zero o piccolissima. Ma disgraziatamente la resistenza, specie se la testa è al disopra dello stretto superiore, è tanto rilevante che malamente si arriva a mantenere la direzione prefissaci. È appunto l'esaurimento delle forze che ci fa accorti della insufficienza meccanica ad eseguire gli ordini dati dalla volontà.

Dopo pochi momenti non si conserva già più l'immobilità della mano, e così la direzione della trazione si fa mobile e comincia a predominare o la pressione o la trazione. In una parola noi perdiamo la facoltà di agire col mezzo del forcipe sulla testa fetale nella direzione, che noi avevamo preveduta, e ciascun punto di resistenza diviene un punto d'appoggio per un movimento involontario di leva. La somma di questi finisce indubitatamente per produrre un movimento della testa fetale nell'asse del bacino, cioè sulla linea curva sulla quale si trovano i punti di minor resistenza.

Questo resultato non può dunque essere attribuito esclusivamente alla forza di trazione, ma alla combinazione di questa forza con le diverse resistenze. In queste condizioni il tentativo cominciato dal Tarnier per fare agire direttamente la forza di trazione sulle branche del forcipe è pienamente giustificato, anche quando questo

trasporto della trazione sulle cucchiaie del forcipe rappresenti un regresso, simile a quello che si otterrebbe togliendo il timone ad una carrozza, ed attaccandovi i cavalli con delle corde, come si faceva una volta.

Io non ignoro tuttavia che queste ultime considerazioni appunto incontreranno la più viva resistenza.

Il Tarnier e gli altri, che hanno adottato i suoi principii, considerano come merito principale pel loro apparecchio la libertà di movimenti, che conserva la testa del feto, merito che nessuno avversario contesta.

Ora nella mia convinzione è che il Tarnier e i suoi successori abbiano fatto di necessità virtù, poichè anche essi riconoscono che il loro strumento non permette di esercitare le tirate direttamente nella linea assile, e così non devono togliere alla testa fetale la possibilità di cercare da sè stessa la strada.

Ma una costruzione che assegni alla testa la sua via determinata può ancor meglio rinunziare a quel mezzo ausiliario, che è ancora molto dubbio, e in ciò dire mi baso sulle mie osservazioni di depressioni cagionate nel capo del feto dal forcipe; se la torsione della testa nel bacino si opera *con* o *senza* il forcipe.

Dopo queste spiegazioni, io considero come vantaggi del mio strumento:

1°. La grande semplicità, che permette in un momento qualunque d'adattarlo o toglierlo al forcipe, senza che questo sia modificato, ma sia il modello del Busch, che è il più usato in Germania;

2°. La possibilità di esercitare le tirate esattamente nell'asse del bacino: condizione questa che potrebbe anche essere soddisfatta se il punto fisso di rotazione si potesse ottenere con un congegno meccanico e non con la mano sinistra dell'operatore. Per questo ho costruito un apparecchio, che proverò;

3°. Il facile maneggio dello strumento per fare agire la forza traente, per la comoda posizione della mano e il parallelismo delle ossa dell'avambraccio.

Infine farò anche qualche osservazione pratica.

Io impiego questo supplemento da dieci anni: in questo tempo l'ho adoperato 12 volte su 327 applicazioni di forcipe. Invece ho praticato la perforazione in 6 casi, in uno avendo tentato inutilmente la leva supplemento in precedenza. Questo prova che io mi sono strettamente tenuto nei limiti del mio istrumento. In tutti i casi, salvo il solo in cui la testa fosse profondamente impegnata, e potessi temere uno scivolamento, ho portato la testa con tre o quattro moderate tirate nella parte ampia del bacino. Due partorienti son morte; l'una di febbre puerperale in un'epidemia, l'altra (ed è il caso in cui tentai inutilmente l'applicazione del supplemento dopo la perforazione) in seguito a parametrite.

Un bambino nato asfittico è quindi morto. Fra le partorienti ve n'ha una in cui nel primo parto dovei fare la craniotomia, nel secondo il rivolgimento, ottenendo un bambino morto, nel terzo, col supplemento al forcipe, estrassi un bambino vivo.

Revue illustrée de Polytechnique Médicale, *n.* 3, 1888.

A. Martinetti. *Trad.*

CASISTICA GINECOLOGICA

Dal 19 al 26 del mese di Aprile nella Sezione Ginecologica dello Istituto di Maternità di Firenze furono fatte tre laparotomie. Le prime due per cistomi ovarici, la terza per una peritonite saccata a contenuto purulento.

La prima operata (19 Aprile) aveva un cistoma colloideo multiloculare dell'ovaio sinistro con aderenze vaste contratte col grande epiploon, consociato ad una lenta peritonite e conseguente versamento ascitico. Il taglio, come al solito, fu fatto sulla linea mediana, e giunti sul peritoneo fu fatta su questa membrana una piccola incisione onde dar esito con molta lentezza al liquido che conteneva (circa 8 litri), stante le condizioni generali della donna assai deplorevoli. Tolto il liquido ascitico, fu prolungata la incisione del peritoneo su tutta la lunghezza della ferita e quindi fu punto il cistoma con un trequarti del Koeberlé. In tal modo si svuotò la maggior loggia. Per le altre, si ampliò l'apertura fatta dal trequarti e per questa si passò una mano nella cavità che le ruppe. Svuotata completamente la cisti, fu prima di portarla allo esterno, liberata dalle aderenze con l'omento, segmentando ripetutamente quest' ultima membrana e ponendovi dei lacci isolati di catgout per ogni segmentazione, causa l'abbondanza e lo sviluppo dei vasi sanguigni la cui grossezza eguagliava quella dell'arteria radiale.

Isolato dall'omento, fu tratto dalla cavità addominale. Il suo peduncolo piuttosto lungo e assai sottile venne anche

esso segmentato e stretto fortemente con un laccio di seta, quindi diviso dal cistoma a colpi di forbici. Per maggiore sicurezza nell'emostasi, sulla sua superficie fu passata ripetute volte l'oliva incandescente del Paquelin, e dopo lavato con sublimato e deterso, fu affondato. L'altro ovaio era sano; quindi non fu toccato. Con 10 punti di sutura fu chiusa la breccia addominale e sopra vi fu posta una medicatura Lister. Dopo 8 giorni furono tolti i punti di sutura, dopo altri 8 la donna lasciò questa Clinica. La temperatura ragggiunse un *maximum* in 2ª giornata di (38°) e nei giorni susseguenti è stata sempre al di sotto di 37,4. Polso e respiro normali. Qualche conato di vomito cinque o sei ore dopo l'atto operativo. Il cistoma pesava grm. 950. Il liquido colloideo era otto litri e mezzo.

La seconda laparotomia fu fatta il 21 dello stesso mese per cistoma proliferante dell'ovaio sinistro e degenerazione cistica dell'ovaio destro. La operazione non presentò difficoltà di sorta, altro che nella legatura del peduncolo, per essere questo piuttosto spesso, un po' slargato e corto. Ponemmo una prima legatura, dopo averlo segmentato, con filo di seta di Firenze nella sua parte più alta e lo abbandonammo a sè stesso senza togliere i fili. Dopo avere segmentato e stretto il peduncolo dell'ovaio destro ed esciso quest' ultimo, col mezzo dei fili non ancora tagliati, riportammo allo esterno il peduncolo del cistoma, lo segmentammo più in basso e vi si pose un nuovo laccio; quindi ne fu causticata la sua superficie. Sicuri così della emostasi perfetta, lo affondammo. Fatta di poi una *toilette* accurata del peritoneo, chiudemmo la ferita addominale con otto punti di sutura e vi sovrapponemmo, al solito, una medicatura Lister. La donna per i primi tre giorni ebbe conati di vomito che in quarta giornata erano scomparsi.

Il massimo di temperatura fu 38,4, il polso si mantenne sempre al di sotto di 90. In ottava giornata togliemmo tutti i punti e siccome la cicatrice era ottima in tutta la sua lunghezza, così in quattordicesima giornata si permise alla donna di alzarsi. Oggi abbandona la clinica in ottime condizioni. La parete del cistoma pesava 460 grm. : l' ovaio destro degenerato grm. 11.

La terza laparotomia, come abbiam detto, fu praticata per una peritonite saccata con contenuto purulento e molto abbondante. In questo caso, dopo incise, strato a strato, le pareti addomìnali, il coltello cadde sopra una membrana di un bianco madreperlaceo, resistente, spessa, talchè il tagliente dovè passarvi sopra ripetute volte prima d' inciderla. Era il peritoneo reso così spesso e duro dalla infiammazione e dalla sovrapposizione di membrane di nuova formazione. Incisi questi strati, dalla cavità vennero fuori circa quattro litri e mezzo di liquido purulento, nonchè grosse masse di fibrina coagulata. La membrana che costituiva questa cavità era assai spessa inferiormente, sottile nella parte più alta, talchè si potevano scorgere ben disegnate le anse intestinali, che le erano addossate. Questa cavità fu da prima lavata copiosamente con una soluzione al sublimato al mezzo per mille, poi con una soluzione borica al quattro per cento, ed in ultimo con acqua bollita e portata alla temperatura di 38°. Fatto questo venne asciugata con batuffoli di garza al sublimato che per la ruvidezza loro raschiarono (mi si permetta il termine) alquanto le pareti di questa sacca. In seguito la cavità fu chiusa con cinque punti di sutura, eccetto però all' angolo inferiore della ferita, nel qual luogo venne collocato un tubo a drenaggio di vetro e quindi soprapposta una medicatura Lister.

La donna non ha mai avuto il più piccolo movimento febbrile. La temperatura si è mantenuta in media a 37. Dalla cavità è fluïta discreta quantità di liquido siero-purulento, donde spessissimo la necessità di cambiare la medicatura e lavare detta cavità. Queste lavande sono state fatta sempre prima con soluzione al sublimato, di poi con soluzione borica, e talvolta con quest' ultima solamente. In settima giornata furono tolti i punti e sostituito al tubo di vetro un tubo di gomma. La cavità è andata sempre mano mano restringendosi, talchè oggi non vi penetrano che appena appena cinque o sei cento grammi di liquido. La donna in primo deperita, di un colorito terreo e abbattuta, ha cominciato ad acquistare un po' di carne, il colorito e le forze, dimodochè si ha fondata speranza fra qualche settimana di poterle permettere il ritorno alla sua famiglia, completamente guarita.

A. Sani.

RIVISTA

Manuale di Ostetricia ad uso delle Levatrici. (Illustrato da 160 incisioni). Dott. Cuzzi Alessandro. Professore di Ostetricia e Ginecologia nella R. Università di Pavia. Antica Casa editrice D. Francesco Vallardi, Milano, 1887.

L'A. in una breve e interessante prefazione fa note al pubblico le ragioni che lo indussero a comporre un Manuale di Ostetricia per le levatrici ed accenna con non comune schiettezza quale libro abbia più volentieri seguìto come testo; indi da maestro buono ed affettuoso, quasi padre amorevolissimo, tributa un cordiale ringraziamento ai due suoi allievi ed assistenti Dottori Guzzoni e Boni, che pazientemente e con accuratezza raccolsero le sue lezioni fatte nell'anno scolastico 1884-85 e sulle quali fu redatto questo Manuale. Dice perchè abbia taciuto ogni nome di autore e come abbia cercato di adottare uno stile che sia adattato all'intelligenza delle lettrici. Infine modestamente si chiede se avrà raggiunto lo scopo.

Invece che rispondere una sola parola a cotesta domanda umilissima e buona è prezzo dell'opera analizzare un poco questo manuale e lasciare alle resultanze dell'analisi stessa la conveniente risposta.

Ma avanti ancora di dare principio alla rivista mi piace notare come subito nella prima pagina si riveli l'eccellente animo di questo Insegnante, che ubbidendo ad un nobile elevatissimo sentimento, vuole dedicato il suo lavoro al proprio Maestro e per prime scrive queste belle, significanti espressioni: al mio Maestro — Professore Domenico Tibone — Direttore della Clinica Ostetrica di Torino — Con riconoscenza di discepolo — con affetto d'amico. — E più bello, più giusto tributo non si potrebbe immaginare, sì per chi l'offre, come per chi lo riceve, poichè se v'ha Professore in Italia, cui si addica questo semplice, ma grandissimo nome di *Maestro*, uno fra i più degni n'è certamente il Prof. D. Tibone, del cui amore per l'insegnamento proficuo, della cui somma abilità didattica e clinica io ebbi l'onore presenziare più d'una manifestazione, e dei meriti del quale la fama del nome, già salito in alto, è la più parlante conferma.

Dopo la dedica, dopo la prefazione, viene l'introduzione al Manuale ed in questa è delineato magistralmente il compito della levatrice, sono chiaramente indicate le doti e le qualità indispensabili alla medesima; queste doti riguardano il corpo, la mente ed il cuore. Prime — costituzione robusta da sapersi convenientemente mantenere, finezza d'udito, buona sensibilità tattile. Colei che vuole esercitare la professione di levatrice, non deve essere malata di epilessia, nè di ozena, nè deve soffrire di altre malattie le quali se potrebbero accordarsi con la robustezza della costituzione, non si conciliano con la professione di levatrice e se ne comprende bene la ragione. Dal lato della mente occorrono viva, svegliata intelligenza; un grado sufficiente di nozioni generali, che si dovrebbe esigere un po' più dagli Esaminatori, Ispettori scolastici cui incombe l'obbligo di dichiarare l'idoneità allo studio di levatrice. Lo spirito d'osservazione è pure a raccomandarsi; si può anche acquistare dalla studente ostetricia, niente trascurando di ciò che vede nelle Maternità, cercando il perchè dei fatti osservati, affidando il frutto dell'osservazione fatta alla memoria, mercè scritti ed appunti. Quanto al cuore conviene dolcezza di carattere e calma, ma non eccessiva.

L'A. fa poi alcune considerazioni d'indole generale sulla necessità di uno intendimento, di uno scopo umanitario, disinteressato nell'esercizio della professione, sulla lindura della persona, sull'osservanza ai moderni precetti dell'antisepsi. Termina con l'augurarsi il miglioramento delle condizioni delle levatrici, la cui posizione sociale dal lato morale è molto ma molto in decadenza. Provvederanno, dice, a rialzarla l'adempimento di alcune disposizioni legislative e più di tutto l'opera indefessa e concorde di riabilitazione di questa classe può, volendo, vedersi coronata dal migliore dei successi.

Precede il trattato un breve, ma ricco compendio di nozioni di anatomia, fisiologia per ciò che più da vicino può avere attinenza utile allo studio della levatrice. Ed io che tenni varii anni l'incarico dell'insegnamento dell'ostetricia minore, so per prova quanto sia indispensabile questo corredo di studi che trovo veramente perfetto nel libro del Prof. Cuzzi. Importantissima fra le altre cose è il fornire alla levatrice il modo di scuoprire l'esistenza della albumina nelle orine, quella di addestrarsi alle esplorazioni termometriche. E qui a guisa di parentesi sento il dovere di aggiungere che per la Scuola Ostetrica di Pisa dove io fui assistente per sei anni, il Direttore Prof. Minati aveva anch'esso da qual-

che anno compilato un piccolo Manuale nel quale si davano da principio nozioni elementari di geometria e da queste si passava a nozioni di anatomia e fisiologia che riuscivano sempre di avviamento e facilitazione a meglio comprendere la parte puramente ostetrica. E ricordo che niente eravi stato dimenticato e che il metodo del Direttore, per la sua semplicità, per la pratica dimostrativa, per la metodica esposizione otteneva ogni anno intieramente il suo scopo e le menti più torpide prontamente e senza più ostacoli s'istruivano a dovere e ben procedevano nel rimanente dello studio. Chiudo la parentesi e continuo per notare che tutto ciò, cui ho fin qui accennato a riguardo del Manuale del Prof. Cuzzi, è tema dei due primi sommari. Col terzo entriamo a dirittura nel campo dell'anatomia ostetrica, che occupa più di una trentina di pagine.

Nel 4° sommario o capitolo si tratta del bacino dal punto di vista dell'ostetricia. È un tema dei più spinosi per le levatrici ed il Prof. Cuzzi lo ha reso acchitabile all'intelligenza meno svelta.

Viene al termine di questa trattazione col cap. 8°. Il 9° è dedicato all'ovulazione, mestruazione, menopausa, fecondazione; qui osservo raccolte con ordine, brevità, diligenza e selezione tutte le più recenti e discusse idee su i soggetti indicati, non che quanto passò ultimamente a formare stabile patrimonio scientifico dell'ostetricia.

Seguono con ordine ragionato varii capitoli sulla gravidanza, sui fenomeni proprii di essa, sugli annessi del feto, sulle presentazioni, sulle posizioni. Prende quindi l'A. a trattare dei fenomeni materni della gravidanza che distingue in generali e locali. È qui come altrove una chiara esposizione di un cumulo di cognizioni, che si presentano al lettore con successione naturale dottamente insegnate. La dicitura tanto in queste, come nelle seguenti lezioni non è inpropria, non è dura, ma facile e talmente appropriata da obbligare chi lesse anche la prefazione, a rimproverare all'autore quella grossa bugia che la modestia gli suggerì là dove scrisse che — per amore della chiarezza e pel desiderio di farsi bene intendere *non guardò a sacrificare la proprietà della lingua.* Con la descrizione dei fenomeni gravidici si fa strada alla diagnosi della gravidanza, esamina i segni della gravidanza stessa, che divide in segni certi e segni di probabilità. Enumerati questi, insegna il modo di raccoglierli, ossia illustra quel complesso di ricerche, di osservazioni che è l'esame ostetrico e leggendo queste pagine non Ti pare d'avere dinanzi un libro, ma Ti credi

presso un letto d'una clinica ostetrica, con a lato un Maestro cui faresti il brutto complimento di giudicare uno dei Babbi dell'Ostetricia, ritenendolo vecchissimo, tanto lo senti ricco di esperienza, fornito di dottrina.

Dall'esame ostetrico l'A. scende alle diagnosi differenziali della gravidanza, dell'epoca, a quella di primiparità o pluriparità, a dire della gravidanza semplice e multipla, al modo di giudicare il feto se sano, sofferente o morto, poi alla diagnosi di presentazione e posizione. Toccato quindi dell'igiene della gravidanza, si trattiene assai lungamente e molto bene a proposito sul parto, sui fenomeni dinamici e meccanici, sulla legge generale del meccanismo del parto, indi sul meccanismo di ciascun parto nelle varie presentazioni, sui fenomeni plastici del parto stesso, sul secondamento, decorso del parto e suoi periodi; infine dedica alcune belle pagine all'assistenza del parto, alle regole antisettiche, alle cure speciali a ciascun parto.

Questa lezione dell'assistenza al parto e delle norme dell'antisepsi (soggetto che prese già a trattare quando assunse la Direzione della Clinica Ostetrica di Modena, dedicandovi una applauditissima prelezione) rappresenta una delle parti auree di questo Manuale. E torna opportuno il ricordare in questo luogo che lo stesso Prof. Cuzzi, ampliando e suddividendo in tanti articoli staccati questi ottimi consigli e norme per l'antisepsi, ha formulato un regolamento, che ha l'umanitario, il filantropico scopo di prevenire tante e sì micidiali forme morbose di processi puerperali e risparmiare così innumerevoli vite di partorienti. — Il distinto ginecologo Dott. A. Bompiani ha seguìto l'esempio ed i precetti del Prof. Cuzzi, proponendo all'Accademia Medica di Roma un regolamento consimile.

Gli argomenti relativi al parto son svolti in 12 Capitoli, che sento il dovere di segnalare al lettore per l'importanza del loro contenuto e che può ritenersi come un *ultimatum* di quanto di più sano, di più vero, di più attendibile ed interessante fu riconosciuto fin qui, inoltre per la facile soluzione dei quesiti, per la molteplicità delle idee e dei fatti, che non ingenera la minima confusione, ma invece serve mirabilmente ad una eccezionale, ricca istruzione non solo di levatrici, ma ancora di medici.

A proposito del meccanismo del parto, mi fermo un tantino su quello della presentazione della fronte che insieme al capitolo — diagnosi retrospettiva di presentazione e posizione coll'esame del tumore di parto — figura per la prima volta al completo in

nn trattato italiano di ostetricia. Il meccanismo del parto per la fronte è descritto con tale maestria ed evidenza che non solo le levatrici non lo troveranno meno facile degli altri meccanismi a comprendersi, ma noi medici vi potremo attingere norma alla pratica di assistenza ed all'attuazione di un processo operatorio. Godo che un'autorità in ostetricia come il Prof. Cuzzi, abbia così messa la sanzione alla proposta, che in un mio opuscolo su questo tema io feci consigliando di aggiungere alle 5 classiche presentazioni questa della fronte. Nella descrizione dei varii tempi del meccanismo di questo parto l'A. suddivide in due momenti, come io feci il tempo quarto, impiegato dalla testa per disimpegnarsi. Ci troviamo concordi per caratterizzare il 1° momento per un atto di flessione. Quanto al 2° momento Egli pensa proprio il contrario di me e dà allora alla presentazione della fronte la fisonomia meccanica speciale della presentazione del vertice, chiamando questo ch'ei nota come 2° momento, momento di estensione. Ebbene, non ostante quest'appariscente antitesi fra le due denominazioni, io potrò qui con piacere dimostrare che in ultima analisi esiste fra noi perfetto accordo. Eccomi a dire il perchè. — Io, indicando il secondo momento di maggior flessione, non feci altro che sminuzzare, forse soverchiamente, l'osservazione e divisi in due parti il 1° momento che riconobbi di flessione chiamando 2° momento o flessione maggiore, un tempuscolo terminale del 1°, quello che altro non è se non il completamento d'un atto iniziale e che va via via continuando fino a raggiungere l'ultimo grado. Non tenni poi conto alcuno di quel momento descritto dal Professore Cuzzi come 2° del 4° tempo, ossia dell'ultimo istante di estensione e feci punto per la descrizione di questo meccanismo, perchè allora non mi parve necessario di fermare l'attenzione sopra questo moto di estensione, sebbene lo avessi osservato, nè lo designai come parte del meccanismo di detta presentazione, sembrandomi che quella estensione lì fosse più un fatto di gravità, ossia l'abbandono della testa che ha cessato d'avere sostegno ed un vero effetto dell'ordinaria discesa. Per conseguenza ritengo che prese in considerazione queste spiegazioni, non esista più dubbio sull'accordo fra quanto l'A. ha scritto di questa presentazione e ciò che io esternai in un tempo in cui non conosceva ancora l'opinione del Prof. Cuzzi, la quale a dire il vero è una illustrazione maggiore del fatto e ritengo sia bene seguire per meglio dilucidare questo meccanismo. E tanto ne sono convinto che se dovessi un giorno ristampare quel mio lavoretto adotterei la sud-

divisione dell'A. di questo Manuale, spingendo la descrizione di tale meccanismo fino a questa minutezza (come coefficiente di chiarezza maggiore) e senza cambiare il già detto, aggiungerei un 3° momento che sarebbe quello che il Prof. Cuzzi chiama 2° o di estensione, non volendo davvero lesinare sulla maggiore o minore proprietà del vocabolo estensione, poichè in fin dei conti sia per una ragione o per un'altra la testa si estende. E tornando allo esame del libro mi incombe il dovere, dietro l'impressione ricevuta, di additare allo studioso le nitide, eleganti e numerose figure esplicative, di vera illustrazione della materia svolta su su nei varii capitoli. Esaminandoli uno ad uno, questi sommarii del puerperio, della patologia della gravidanza, delle malattie dell'ovo, della patologia del parto, della distocia data dagli annessi, della terapia ostetrica, in quella parte che viene affidata alle levatrici, io, parlando sincero, riscontro che non solo non v'è trascurato il menomo che, ma vi s'è fatto tesoro di tutte le più minute e giovevoli innovazioni scientifiche; vi è stato messo a profitto dell'istruzione tutto ciò che l'A. nei suoi studii e lavori rilevò buono ed inconfutabile. Per di più coscienziosamente affermo che il tutto v'è sempre esposto con una semplicità e lucidità d'espressioni e di dimostrazioni, che non seppi trattenermi dal notarlo e notarlo ancora ad ogni passo nella lettura di questo libro.

Concludendo, questo trattato presenta quattro principalissimi pregi. Ecletticismo per le più sane teorie — chiarezza didattica nella dicitura e nelle spiegazioni unitamente a succosa brevità — nuovità di fatti e vedute scientifiche — completezza indiscutibile nella trattazione degli argomenti, che il titolo del libro designa. Difatti qui, oltre a dare minutamente e diligentemente tracciata la via e la condotta che la levatrice è in obbligo di tenere nelle molteplici, svariate, gravi e delicate contingenze ostetriche, l'Autore ha voluto che la levatrice stessa fosse istruita praticamente nei suoi doveri verso l'autorità ecclesiastiche, civili e giudiziarie. Temendo poi che le donne, troppo presumendo di sè e nella convinzione di saper a menadito i proprii doveri, passassero un po' a volo e di furia su questo punto, Egli a guisa di *memento* ha loro spiattellato dinanzi tanti bravi articoli del Codice, che le riguardano ed ha fatto benone. In fondo al libro è il regolamento per le Scuole d'Ostetricia, per le aspiranti levatrici e per le tasse scolastiche, più un ordinatissimo indice alfabetico, un indice delle materie e delle figure. Il Manuale consta di 352 pagine, diviso in 47 capitoli ed è stampato in bei caratteri, su buona carta e niente gli

manca per fare onore a Chi lo dettò, a chi si ebbe il tributo della dedica ed all'editore che ne imprese la pubblicazione.

Pisa, Aprile 1888.

Dott. O. Marchionneschi.

Di una singolare causa di morte dopo la laparotomia. Olshausen. (*Zeitsch. f. Gebürth. und Gynecol.* XIV Bd., 2 Heft).

L'Olshausen, dinanzi alla Società per l'Ostetricia e Ginecocologia in Berlino, ha richiamata l'attenzione sopra i pericoli che possono derivare dal tenere troppo a lungo fuori della cavità addominale la matassa intestinale, durante la laparotomia. Egli ha riferito, a questo proposito, due casi interessanti.

Una donna, operata di cistoma ovarico, nella quale, durante la laparotomia la massa degli intestini era rimasta fuori del ventre per più di mezz'ora, moriva in 5ª giornata, dopo aver presentato meteorismo del ventre in alto grado, senza emissione di gas, e senza defecazione, polsi frequenti e piccoli, fenomeni di collasso, e una temperatura non mai notevolmente alta. La necroscopia mostrava lo stomaco ed intestini enormemente distesi, e contenenti in tutto circa 5 litri di un liquido giallo bilioso denso. Le pareti dell'intestino erano imbevute di siero ed il peritoneo soltanto un po' iniettato. Non v'era dunque a pensare ad una setticemia, la quale d'altra parte se fosse esistita, accompagnata da un così alto grado di collasso, avrebbe condotto la donna a morte molto più rapidamente.

In un'altra laparotomia, per carcinoma dell'utero, fu pure necessario tenere eventrato l' intestino per più di mezz' ora. L'operata sul principio presentava temperatura bassa, ma polso frequente e piccolo, meteorismo e fenomeni di collasso. In 4ª giornata, il collasso si fece a un tratto più grave, e la donna morì in poche ore. All'autopsia, la cavità peritoneale si presentava considerevolmente distesa da gas, e contenente circa 2 litri di un liquido brunastro. Gli intestini erano distesi, e le pareti del tenue molto iniettate. Lo stomaco presentava erosioni emorragiche in corrispondenza della piccola curvatura. Anche qui non si avrebbe a che fare con setticemia.

L'Olshausen invece crede che lasciando un po' troppo lungamente fuori del ventre le intestina durante la laparotomia, si vengono a produrre delle alterazioni nella circolazione della parete intestinale, dando luogo a stasi venosa e trasudazione di siero

dalla parete dell'intestino, fino alla formazione di vere ecchimosi come nel 2° caso. Contemporaneamente avverrebbe una paralisi della muscolatura degli intestini la quale può durare de' giorni, e, se non si risolve, dare i fenomeni dell'ileotifo e del collasso. La morte, poi, sarebbe cagionata dall'assorbimento del contenuto intestinale decomposto.

Per ovviare a questi inconvenienti della eventrazione prolungata, si deve tenere l'intestino fuori del ventre per il minor tempo possibile, e usare quindi la maggiore celerità nell'operazione. G. A.

Sui resultati della operazione del prolasso. E. Cohn. (*Zeitsch. f. Gebürth. und Gynec.*, XIV Bd. 2 Hf).

La terapia del prolasso utero-vaginale coi soli pessarii e sostegni è stata quasi completamente abbandonata, e di essa ci si deve servire solo nei gradi leggeri della malattia, o come mezzo coadiuvante dopo l'operazione. Al posto di tale terapia è subentrata la operazione cruenta. Senonchè circa i metodi nella operazione del prolasso esiste discordia. I metodi del Simon-Hegar e del Martin sembrano ancora, di fronte ai molteplici altri proposti, essere risultati i più sicuri ed i più pratici. Essi soddisfano pienamente al concetto di restringere la vagina e di contrapporre un sostegno all'utero col rendere resistente, ed anche più del normale, il pavimento pelvico. I numerosi altri metodi, vecchi e nuovi sono praticati per lo più soltanto dai loro inventori e non entrano nella pratica comune.

L'Autore basandosi sopra i casi occorsi all'Olshausen nella clinica e nella pratica privata studia l'operazione dal lato della prognosi e della tecnica. Egli conta il 67 per 100 di guarigioni, di cui 56,5 per 100 nella clinica, e l'86 per 100 circa nella pratica privata. Questa differenza di resultati è d'attribuirsi al fatto che nella pratica privata si incontrano per lo più donne benestanti, le quali possono permettersi, insieme a una vita più comoda, riguardi maggiori dopo l'operazione.

Per ciò che spetta alla tecnica, crede che la sutura continua col catgut presenti le maggiori garanzie in favore di una guarigione primaria, insieme a una relativa facilità e prestezza nella esecuzione. La colpoperineorafia può guarire anche un grave prolasso, che duri da lungo tempo; e il metodo dell'Hegar corrisponde bene ad ogni esigenza.

Riguardo alle recidive, che in ogni statistica raggiungono una cifra elevata, egli crede che una parte di esse non siano vere recidive ma semplicemente casi non bene guariti; un'altra parte di esse dipende dalla incompletezza dell'operazione, e dalla circostanza che fu praticata soltanto la colporafia anteriore. Le altre recidive si spiegano per condizioni estranee all'operazione, come specialmente il lavoro eccessivo, la vita faticosa, la mancanza di riguardi ecc., oppure una gravidanza succeduta subito dopo, e infine speciali condizioni anatomo patologiche della parete vaginale posteriore. G. A.

Ascite come sintoma della torsione del peduncolo delle cisti ovariche. Schurinoff. (*Centralblatt f. Gynecol.*, 14 Aprile 1888).

I sintomi Clinici della torsione del peduncolo sono molto diversi, e si trovano descritti in trattate memorie originali. Però pochissimi parlano dell'ascite come sintomo di tale torsione oppure la menzionano solo superficialmente. L'A. richiama l'attenzione sulla importanza di un tale fenomeno e riferisce lungamente di un caso da lui operato, in cui la torsione del peduncolo della cisti si era manifestata anche per l'ascite.

Questa sarebbe la conseguenza di quelle modificazioni della circolazione, che tale torsione necessariamente produce.

G. A.

Laparotomia al 2° giorno di puerperio. Sippel. (*Centralbl. f. Gynecol.*, 7 Aprile 1888).

L'A. visitava una donna, la quale presentava due tumori ai quadranti addominali inferiori, di cui l'uno fu diagnosticato per l'utero gravido al 7° mese, l'altro per un tumore ovarico. Il giorno seguente all'esame, si manifestarono i sintomi della torsione del peduncolo del tumore ovarico, insieme a peritonite incipiente. I fenomeni non essendo allarmanti si decise di attenersi all'aspettativa per un altro giorno. Senonchè nel dì successivo comparvero a un tratto i dolori di parto, e la donna partorì spontaneamente e senza complicanze. Non volendo complicare l'andamento del puerperio con una laparotomia, e nella speranza che la diminuzione del volume dell'utero apportasse modificazioni circolatorie favorevoli nel peduncolo, l'A. credè di non uscire ancora dalla aspettativa. Ma al 2° giorno di puerperio facendosi i sintomi più

gravi, ed essendovi pericolo di rottura o di cangrena della cisti, decise di operare. Praticata la laparotomia si potè confermare la esistente peritonite, e il peduncolo della cisti ovarica ritorto sopra il suo asse longitudinale. La cisti ovarica cominciava a cangrenarsi. L'operazione non presentò nulla di singolare.

L'ulteriore decorso, sia per riguardo al puerperio, come alla operazione, fu affatto normale, e la temperatura, salvo il primo giorno, in cui raggiunse i 38°,4 fu sempre normale, e la paziente al 21° giorno lasciava la Clinica perfettamente guarita.

G. A.

Una rara complicazione in un caso di placenta previa. G. Logan, (*Lancet*, Maggio 1887).

In una primipara l'A. trovò la placenta previa e il feto morto. La placenta, dopo essere stata distaccata non si lasciava liberare del tutto, e fu necessario praticare il rivolgimento, col quale fu estratto il feto. Si trovò allora la placenta fortemente aderente al capo del feto per una estensione di circa 7 ctm. di diametro, al di sotto della piccola fontanella. G. A.

Ovarii supplementarii. I. Homans. (*Boston Med. and surg. Journ.*, Luglio, 1887).

In Donne, a cui sono state estirpate ambedue le ovaie, non è raro vedere la mestruazione a poco a poco ricomparire. L'A. spiega questo fatto ammettendo, in tali casi la esistenza di un ovario accessorio, il quale, dopo la castrazione doppia si ingrosserebbe ed assumerebbe la funzione delle glandole ovariche estirpate. Le osservazioni intorno a questa anomalia non sono numerose; lo stesso autore non ha nessun caso proprio da riferire: egli vuole soltanto richiamare l'attenzione degli specialisti sopra questa circostanza. Io ricorderò a questo proposito la importante memoria del Mangiagalli su questo stesso argomento, nella quale dopo aver descritto un caso di ovaio soprannumerario, rileva la importanza di questa anomalia per spiegare fatti che altrimenti non sarebbero intelligibili. G. A.

Della cura delle metriti croniche. Tesi del Dott. A. Fournier, 1887,

Secondo l'A. la metrite cronica si può distinguere in due varietà: la metrite con lesioni prevalenti sulla muccosa e la metrite in cui le lesioni sono tanto sul muscolo uterino, quanto sulla muccosa. La metrite detta interna (endometrite) o muccosa, ora è catarrale, ora emorragica, ora fungosa. La cura di queste diverse metriti, varia assai. In tutti i casi qualunque operazione si voglia fare sulla muccosa, dovrà questa esser preceduta da una dilatazione, sia lenta, sia rapida del collo uterino. Si farà poi o una lavanda antisettica della superficie interna dell'utero, o un raschiamento sia col cucchiaio, sia colla *curette*, oppure si inietteranno nella cavità uterina delle soluzioni antiemorragiche come il percloruro di ferro o il cloruro di zinco.

Nella metrite che interessa tutto il muscolo, quanto la muccosa, si potranno mettere in pratica le cure suddette, ma tutti gli sforzi dovranno esser diretti ad ottenere la risoluzione della infiammazione cronica del muscolo o con la scarificazione o colla ignipuntura del collo uterino, o colla elettricità o la idroterapia.

G. G.

La manovra del Mauriceau-Levret. (*Arc. f. gynoek.*, t. XXXI, p. 102).

Litzmann ha pubblicato un interessante articolo per dimostrare chiaramente che il metodo di estrarre la testa seguente del feto conosciuto comunemente sotto il nome di Veit e Smellie non appartiene niente affatto a questi due scienziati, ma sibbene a Mauriceau per primo e a Levret poi, perchè questi lo ha reso comune. Cosicchè è giusto l'appellativo che si usa in Francia di *manovra di Mauriceau-Levret*

Questa consiste nel disimpegnare a poco a poco la testa del feto introducendogli dolcemente in bocca uno o due diti della mano sinistra per fare uscire prima il mento e abbracciando colla mano destra il collo posteriormente per aiutare la manovra

Smellie che andò e studiare Ostetricia a Parigi dopo la morte di Mauriceau, seguendo il corso di Grégoire, imparò senza dubbio questa manovra, e la mise poi molto in pratica, portandovi variamente qualche minuta modificazione. Descrisse questa manovra nel suo trattato, senza però rammentare il nome del vero autore.

Veit avendo imparato da Smellie il metodo, lo propagò sotto il nome di questo Autore, e in Germania fu d'allora in poi chiamato generalmente *metodo di Veit-Smellie.*

A Smellie però appartiene l'aver ideato e messo in pratica l'àpplicazione del forcipe per la estrazione della testa seguente.

Fa certamente ottima impressione il vedere come un Tedesco per amore della verità ha cercato col suo importante articolo di rimettere al suo posto le cose, rivendicando al francese Mauriceau il merito del suo metodo, col quale si sono salvati e si salveranno tanti bambini. G. G.

Nota sopra un caso di idro-salpingite e suo nuovo trattamento elettrico. Dott. G. Apostoli.

Il 22 Ottobre venne accolta nella clinica del Dott. Apostoli una donna che all'esame locale presentava; l'utero molto abbassato, disceso quasi all'ostio vulvare, il fornice anteriore solamente sano, gli altri resistenti e dolorosi alla palpazione. L'utero è circondato da due piastre di essudato, occupanti anche il fornice posteriore, e un po' differenti fra loro. La dritta fa una sporgenza più marcata nella vagina, più resistente e più sensibile della sinistra ed ha una forma di un uovo di gallina, con una superficie emisferica, sopra la quale la più piccola pressione provoca dei dolori insopportabili. A dritta si può facilmente constatare una vera e propria fluttazione, mentre a sinistra non si avverte nulla. I dolori andarono aggravandosi tanto da costringere la donna a domandare pronte cure.

L'Apostoli credendosi d'innanzi ad una raccolta purulenta ricorse come àncora di salvezza, alla galvano-puntura.

La prima fu praticata il 27 Ottobre previa cloroformizzazione ed irrigazione vaginale antisettica. Il resultato fu negativo. Tale galvano-puntnra fu fatta al centro del parametrio laterale sinistro con un trequarti capillare in acciaio, impiegando 100 milliampire per 5 minuti. Di contro al foro fu posto un tampone di cotone antisettico che di poi fu tolto perfettamente pulito.

L'altra galvano-puntura fu praticata l'8 Novembre a destra col medesimo modo e con le medesime cautele antisettiche.

Questa volta quando fu rimosso il tampone posto dicontro al foro del trequarti lo si trovò imbevuto di liquido sieroso. Spremuto ne fu raccolto circa due bicchieri. La tumefazione del parametrio di destra era scomparsa Dopo questo fatto si è ritenuto trattarsi di idro salpingite. Fino dalla prima puntura la malata andò gradatamente migliorando fino a conseguire la guarigione completa. La febbre e i dolori che già esistevano si lenirono da prima e poi scomparvero del tutto.

Ecco le conclusioni a cui viene l'Apostoli. La febbre e l'infiammazione non sono una controindicazione in ginecologia all'applicazione metodica ed appropriata della corrente galvanica. Le infiammazioni non suppurate degli annessi possono essere utilmente trattate con la corrente, che è favorevole nei periodi congestivi ed infiammatori al primo stadio, e controindicata nei casi di suppurazione constatata. La galvano-caustica penetrante sotto forma di galvano-puntura è un prezioso modo che può servire ad un doppio scopo; 1° fare abortire una flegmasia al suo esordio, ed arrestare un processo infiammatorio nella sua evoluzione; 2° permettere la facile evacuazione di una raccolta liquida grazie alla caduta dell'escara, a condizione che questa sia raccolta al cul di sacco vaginale.

Qualunque essudato infiammatorio facente sporgenza nel cul di sacco vaginale deve esser trattato con la galvano-puntura.

Questo metodo potrà applicarsi con successo a certe salpingiti con molta facilità ed innocuità,

In ogni galvano-puntura si dovranno osservare scrupolosamente le regole già formulate concernenti la sede della puntura, la sua profondità, la grandezza del trequarti, le cure antisettiche, il riposo della malata.

In questa maniera il Dr. Apostoli con due galvano-punture vaginali e negative ha ottenuto una guarigione sintomatica assoluta ed una regressione anatomica rapidissima, in un caso di idrosalpingite acuta. A. S.

Bizzarrie dell'utero al principio della gravidanza. Auvards. (*Archives de Tocologie-bulletin*).

L'A. dopo aver ricordato le cagioni multiplici che possono mascherare una gravidanza anche ai più sapienti maestri, come il volume esagerato dell'utero per *idramnios*, la cui genesi è ben studiata oggigiorno, ne aggiunge un'altra, opposta a quest'ultima, cioè la scarsa quantità di liquido amniotico. Tal fatto è stato messo in evidenza da Handfiel-Jones di Londra, col produrre la relazione di quattro casi clinici. Infatti Handfiel-Jones dimostra che una minima quantità di liquido amniotico, nei primordi della gravidanza, per il fatto che l'utero rimane più piccolo di quel che non comporti l'età presunta della gravidanza, può farne disconoscere l'esistenza. In tutti i casi si riscontra a tre mesi un tumore addominale del volume di un pugno, duro, glo-

boso, mobilissimo da destra a sinistra, che sembra attaccato agli organi del bacino con un lungo peduncolo. La pressione esercitata sul fondo del tumore non si trasmette che poco; al collo dell' utero nessuna fluttuazione. Generalmente il tumore viene considerato come un fibroma sottoperitoneale peduncolato. Vi sono poi altri segni di minore importanza; ad es.: le malate sono donne multipare e non si credono incinte, non avvertendo quei disturbi speciali della gravidanza. Quanto alla mestruazione, essa è variabile, ma ha poca importanza.

La malata è visitata, quindici, venti, trenta giorni più tardi, e si nota un cambiamento considerevole nello stato del tumore che non permette più di dubitare dell' esistenza della gravidanza. Il tumore che quindici giorni prima era piccolo, duro, ora è voluminoso, raggiunge e sorpassa la cicatrice ombellicale; è molle, pastoso, e si percipisce il ballottamento, e i battiti cardiaci fetali.

Handfiel-Jones attribuisce questo fatto alla scarsa quantità del liquido amniotico esistente al momento del primo esame, ed a una secrezione rapida per *idramniof acuto* sapraggiunto nell' intervallo fra i due esami. La causa però non l' ha potuta determinare. Questo è un fatto che molti ostetrici l' hanno potuto osservare, ma che non ha attirato convenientemente sopra di sè la loro attenzione, ma giova farlo conoscere in quantochè il medico prevenuto non praticherà il catetirismo uterino qnando avrà il sospetto dell'esistenza della gravidanza. A. S.

Condotta da tenersi in presenza di una gravidanza complicata da una ciste ovarica. Terillon. (*Archives de Tocologie. Avril* 1888).

M. Terrillon cita le parole di Spencer Wells « cosa si deve fare quando si trova un utero gravido praticando una ovariotomia? Non occuparsene » e sogguunge; malgrado la grande autorità del chirurgo inglese, un tal disprezzo è legittimo sempre? D'altronde se la condotta dell' operatore è perfettamente tracciata, una volta che è incominciata l'ovariotomia, e la stessa forse da seguirsi prima di aprire il ventre? È permesso di dubitarne, imperocchè egli crede che un chirurgo non possa decidersi a togliere una ciste ovarica se sospetta la gravidanza se non dopo una matura riflessione. Al Terrillon è occorso di osservare nell' anno 1887 tre casi simili di gravidanza complicata da cistoma ovarico, e li pubblica. Nel 1° si trattava di una ciste dell' ovaio destro con torsione del peduncolo, consociata a gravidanza di 7 settimane. Fece

l'ovariotomia, ed a questa tenne dietro l'aborto. Nel 2° si era avanti ad un cistoma ovarico, e ad una gravidanza di tre mesi. Fu fatta la ovariotomia. La gravidanza andò a termine. Nel 3° caso, cistoma dell'ovaio sinistro; gravidanza di cinque mesi; ovariotomia; parto a termine.

Esposti così i tre casi fa le seguenti conclusioni.

1°. La coincidenza d'una ciste dell'ovaio della gravidanza espone la donna a numerosi e gravi accidenti.

2°. In questi casi complicati l'ovariotomia è preferibile alla puntura che non sempre porta dei benefici effetti.

3°. L'ablazione d'una ciste da migliori resultati quando viene praticata al terzo, al quarto, al quinto mese di gravidanza. Negli ultimi tre mesi, meno che non ci sia l'urgenza, bigogna rimettere l'operazione dopo il parto.

4°. Nel corso dell'operazione si toccherà il meno possibile l'utero. Qualche caso raro ancora, tende a dimostrare che è meglio evacuare l'utero, e praticare la sutura, se questo organo viene ad essere leso durante l'operazione.

5°. Le precauzioni da prendersi variano poco da quelle dell'ovariotomia comune. A. S.

Nota sopra un tumore del cordone ombellicale. Budin. (*Archives de Tocologie*, Janvier 1888).

Il tumore di cui parla il Budin, fu osservato in una donna che partoriva per la quarta volta. Detto tumore era situato sopra il cordone a 25 ctm. dall'ombellico, aveva il volume di un grosso pugno di adulto. La sua superficie era liscia, sinuosa di un giallo sporco tendente al verdognolo. Conteneva una notevole quantità di sangue, imperocchè quando, dopo il taglio del cordone, fu posto in un recipiente e inciso, uscì circa un bicchiere di questo liquido, e tutta la massa diminuì notevolmente di volume.

Per mezzo della incisione praticata sul tumore si osservò che esso era costituito da tre cavità. La prima offriva delle anfrattuosità, e conteneva, oltre dei grumi, una poltiglia densa di color cioccolata, che aderiva alle pareti e identica al parenchima del fegato spappolato. La seconda portava nel suo interno una sostanza filante e trasparente come il bianco dell'uovo, simile a quella cha scola da un cordone ombellicale voluminoso ed inciso. Nella terza si trovava una sostanza vischiosa bianco-giallastra che andò subito al fondo del vaso, ed era somigliante a quella materia che costituisce lo strato sebaceo che ricopre il feto quando nasce.

Questo tumore misurava, quantunque rangrinzato dopo la sua apertura, 8 ctm. circa nel suo diametro longitudinale, 6 nel diametro orizzontale. Il cordone ombellicale passava lungo il suo bordo superiore, col quale si confondeva in gran parte. Esisteva inoltre un solco che ne stabiliva esternamente i confini. Nel cordone vi erano una vena e due arterie. Tanto la vena quanto le arterie sondate ed aperte non comunicavano affatto con la cavità del tumore.

La superficie interna di due di queste cavità era liscia, quella dell'altra offriva una certa quantità di rilevatezze di forma variabile. L'esame istologico dette i seguenti risultati. La parete di una delle cavità era ricoperta di epitelio pavimentoso, simile sia a quello della pelle, sia a quello buccale. Questo rivestimento riposava sopra uno strato fibroso avente l'aspetto d'una pellicola, e al disotto di questo uno strato di tessuto adiposo uguale al tessuto adiposo sotto cutaneo. Nello strato fibroso si trovavano numerose glandule sebacee, dei peli e dei follicoli pilari; qual cuno dei follicoli pilari troppo piccoli non oltrepassavano lo strato fibroso, altri affondavansi fino nel tessuto adiposo.

Si aveva dunque a che fare con una cavità cistica a tipo dermoideo. Una di quelle rilevatezze, già annunziate, presentava un rivestimento epiteliale, uno strato fibroso sottostante e al suo centro, una massa costituita da tessuto adiposo. In altra cavità esistevano tumoretti presentanti delle vellosità analoghe a quelle dell'intestino. Il pezzo essendo stato molto tempo nell'alcool, la superficie loro era priva di epitelio, però in qualche punto, fra vellosità e vellosità, questo epitelio si è potuto constatare. In questa medesima regione e più profandameute si osservò l'esistenza di glandule tubulate o acinose che avevano egualmente perduto il loro epitelio, e vi si vedevano in gran numero fibre muscolari liscie, dirette in varii sensi. In un'altra ciste, la superficie era costituita da uno strato di cellule cilindriche assai voluminose, e sovra alcuna di esse uno strato, e, a quel che sembrava, di resti di cigli vibratili. Così dunque oltre il tipo dermoideo, od ectodermico, esisteva anche il tipo muccoide, o endodermico. Si potevano riscontrare i due tipi in una medesima cavità.

L'alterazione del pezzo impedì di poter constatare se vi erano altre varietà di glandule. Nelle parti le più spesse del tumore, dopo le cavità cistiche, vi furono ritrovate, oltre il tessuto adiposo, e i fasci di fibre muscolari lisce, dei grossi vasi, dei nervi, dei noduli cartilaginei circondati da speciale pericondrio, e dei pezzi d'osso.

Ecco come era anatomicamente costituito questo tumore. La sua presenza, sul cordone ombellicale, non aveva disturbato, nè lo sviluppo del feto, nè apportato ostacolo alcuno al parto naturale.

A. S.

Inserzione velamentosa del cordone. — Secondamento artificiale. — Placenta avente un cotiledone supplementare. SECHEYRON. (*Archives de Tocologie.* Janvier 1888)

L'A. parla di una donna che a 8 mesi di gestazione fu presa dai dolori del parto e dopo poco tempo dal loro inizio, partorì rapidamente un feto vivo. La placenta rimase nella cavità uterina per tre quarti d'ora circa, malgrado che fosse fatto il massaggio dell'utero, la spremitura e delle valide trazioni sul cordone. In capo a questo tempo, essendo sopraggiuuta una emorragia, fu introdotta una mano nell'utero, scollata la placenta e portata all'esterno. Esaminati gli annessi fu riscontrato, il cordone di medio volume offrire una inserzione velamentosa. Esso si espandeva in numerosi cordoni piuttosto sottili, dei quali alcuni, in numero di cinque o sei, divisi in due gruppi si portavano nella massa placentare più grande, altri in numero di due, andavano a perdersi in un cotiledone supplementare del volume di una noce. Là dunque esistevano due masse placentari ben distinte, separate da uno spazio di circa sei centimetri e di volume molto ineguale. La massa più piccola è arrotondita un po' appiattita, l'altra più considerevole è ellissoidale ed offre una superficie di circa tredici centimetri in lunghezza, e sei in altezza.

L'espansione del cordone si fa al di fuori e al di sopra dello spazio interdiscoidale. I vasi vanno al bordo della placenta. Non avvi alcuna comunicazione fra le due placente. La loro costituzione è normale.

A. S.

Infiammazione della tromba e dell'ovaio. TERILLON. (*Annales de Ginécologie*, Novembre 1887).

L'A. riporta la storia di quattro laparotomie fatte allo scopo di rimediare agli accidenti prodotti da una affezione infiammatoria delle trombe e dell'ovaio. Si trattava di certe specie di infiammazioni della tromba che sono generalmente descritte col nome di emato, pio, idrosalpingite.

Nel 1° caso si trattava: di una emoto-salpingite doppia, com-

plicata da metrorragie incoercibili. Con la laparotomia esportò le trombe che si erano trasformate in una ciste sanguigna, e le ovaia. La donna guarì.

Nel 2° — di una salpingite ed ovarite dalla parte destra; ovarite ed emato-salpingite a sinistra che datavano da sei mesi. Laparotomia ed asportazione degli annessi dell'utero, da ambo le parti. Guarigione.

Nel 3° — di un'altra emato-salpingite doppia consociata ad un voluminoso fibroma dell' utero, ed imponenti metrorragie. Asportazione delle trombe e degli ovai. Guarigione.

Nel 4° — doppia piosalpingite. Cisti sanguigna di uno degli ovai. Antica pelvi-peritonite. Laparotomia, asportazione delle trombe e delle ovaia. Guarigione.

Fatta un'ampia descrizione di questi quattro casi, riportatone l'esame istologico, l'illustre Dottore riassumendo dice: che se si vuol dare una spiegazione razionale dei disordini che si osservano nei casi di salpingite, bisogna ammettere che si tratti di una infiammazione della muccosa della tromba propagata al seguito di una eguale infiammazione della muccosa uterina. Una tale infiammazione ha preso il padiglione e quindi il peritoneo vicino dove ha prodotta una peritonite locale adesiva, donde nascono le false membrane che uniscono le trombe all'ovaio, e questi due organi al peritoneo del bacino. La obliterazione della tromba ne è l'immediata conseguenza. Queste trombe possono contenere un liquido torbido, sangue stravasato, o pus; talvolta sono semplicemente ripiene e quasi obliterate dalle villosità della muccosa ipertrofizzata. Queste lesioni rendono conto perfettamente dei fenomeni provati dalle malate, accidenti peritoneali localizzati, dolori principalmente nelle regioni ovariche, metrorrogie, ripercussione grave di tutti questi fenomeni sopra le funzioni digestive. Siccome questi organi così alterati sono divenuti inutili, costituendo d'altro lato un pericolo continuo per le ammalate, non si deve esitare a toglierli di mezzo, quando ogni altro metodo di cura è venuto meno. D'altronde la benignità relativa della laparotomia e i successi numerosissimi già ottenuti non debbono che incoraggiare i chirurghi a praticarla. A. S.

L'Antipirina nelle coliche uterine. Dott. Roncaglia.

Dopo il Laget e lo Chouppe l'Autore ha seguitato per proprio conto a fare accurate ricerche sull'uso dell'antipirina, come analgetico, nelle coliche uterine.

L'esito di queste ricerche in un prossimo avvenire sarà fatto di pubblica ragione, frattanto però per dimostrare l'azione calmante di questo medicamento, pubblica quattro casi da lui osservati nella Clinica Ostetrico-Ginecologica di Modena: dai quali risulta che l'antipirina è efficacissima nelle coliche uterine siano esse determinate da ostacolo meccanico all'emissione del sangue mestruo, oppure da irritamento per la presenza di cilindri di laminaria nell'utero, ovvero susseguono a irrigazioni endo-uterine o accompagnino il puerperio di donne multipare. Inoltre l'Autore fa osservare che tale farmaco non ha azione sul lattante e che per conseguenza è a raccomandarsi di essere sostituita agli oppiacei, per la sua innocuità.

Un caso di retroversione e retroflessione d'utero in puerperio. Dott. Roncaglia.

L'Autore narra un caso di retroversione e retroflessione avvenuto in una donna in 10ª giornata di puerperio accompagnato da metrorragia. In 30ª giornata, Egli, chiamato dalla donna, potè con l'esplorazione constatare l'anomala posizione assunta dall'utero e siccome perdurava lo scolo sanguigno ritenne doversi fare la riduzione dell'organo. A questo scopo fece porre la donna sul fianco sinistro, con le natiche sporgenti dal letto, poi introdusse l'indice della mano sinistra nel retto, ed il pollice in vagina. Sulla guida di quest'ultimo, con una pinza tirapelle americana, afferrò il labbro anteriore del muso di tinca, quindi colla mano destra facendo trazioni sulla pinza in modo da stirare in basso e in dietro il collo uterino e coll'indice della mano sinistra spingendo nel fondo in avanti, potè raggiungere lo intento. Ottenuta la correzione, l'utero si è sempre mantenuto nella normale posizione come il chiaro Dottore ha potuto di poi constatare.

Narrato il caso, molto raro ad avverarsi in un'epoca così precoce di puerperio, richiama l'attenzione degli ostetrici sullo scolo sanguigno dovuto alla retroversione; fatto non accennato da alcuno fino a questo tempo. La causa dello spostamento uterino egli ritiene essere stato probabilmente un raddrizzamento dell'utero dalla normale antiflessione per distendimento della vessica nel momento in cui la donna abbandonò il letto. Ora dato ciò per la rilassatezza delle pareti addominali sfuggendo la massa dei tenui al davanti dell'utero, essendosi la donna data a sforzi corporei, l'utero si portò in retroversione.

Da quanto siamo andati brevemente esponendo, il Dr. Roncaglia ne inferisce:

1°. Essere possibili metrorragie per dato e fatto della retroversione e retroflessione uterina in puerperio.

2°. Che nei casi di metrorragia in puerperio ricorrere presto all'esame bimanuale dell'utero, quando non si abbia la certezza che il flusso dipende da altra causa.

3°. Data l'insolita posizione della matrice, praticare tosto la riduzione col metodo dall'Autore indicato, perchè migliore, a suo avviso, degli altri usati, e poi mantenerlo in sito coi pessari e preferibilmente con quelli di Mayer.

Modificazioni alla cannula Bozeman. Dott. Roncaglia.

Ognuno sa che la cannula a doppia corrente di Bozeman è costituita da due cilindri curvi concentrici, ma uno, l'esterno, di un calibro molto più grande dell'interno. Il cilindro esterno porta tre finestrelle, due laterali e all'estremità uterina della sonda l'altro posteriore e in vicinanza dell'innesto dei due cilindri. Questi due cilindri alla loro estremità uterina sono aperti. Dallo interno viene immesso nella cavità uterina il liquido antisettico. Questo attraversa le finestrelle laterali, entra nel cilindro più grande, lo percorre in tutta la sua lunghezza e dalla finestrella posteriore viene a scolare nel recipiente. Il Dr. Roncaglia vi ha introdotto questa ultima modificazione; all'estremità aperta del cilindro interno, piccolo, ha innestato a vite, un altro cilindro, corto, terminante a cul di sacco, perforato in tutti i sensi e che una volta avvitato combacia perfettamente col cilindro più grosso e ne sembra quasi una continuazione. Con questa modificazione oltre la facilità di ripulire tutti e singoli i pezzi della cannula convenientemente, si ha il vantaggio che tutta l'acqua iniettata entra nella cavità uterina, mentre di ciò non si è sicuri con la cannula Bozeman. A. S.

Gravidanza e parto con integrità dell'imene. Slaviansky Grenstrand. (*Archives de Tocologie*, Avril 1888).

L'Autore narra il seguente fatto assai raro. Il 27 Gennajo 1887 fu accolta nella clinica del Prof. K. F. Slaviansky la moglie di un ufficiale, che si lamentava di avere una rottura del perineo, prodottasi durante il parto. Da domande fattele risulta che questa

donna poco tempo dopo maritatasi rimase incinta. Nella notte dal 12 al 13 dicembre 1887, fu presa da dolori assai leggeri al fondo dell'utero; questi dolori aumentarono nelle prime ore del mattino, verso il mezzodì si fecero ritmici e forti, verso l'una pomeridiana incominciò il periodo espulsivo. Alle due la levatrice ruppe le membrane, e alle tre, senza assistenza di sorta, venne alla luce un bambino piccolo, macilente e ancora in vita. Le contrazioni espulsive che si manifestarono mezz'ora prima del parto erano energiche. Al momento della comparsa della testa alla vulva l'ammalata provò un dolore vivissimo, e all'uscita di questa parte ella ebbe la sensazione come di qualche cosa che si strappa. Il feto nacque attraverso una lacerazione centrale del perineo. Dopo il parto avvenne una emorragia assai considerevole arrestata con frazioni dell'utero. Non vi è stata febbre; urinava da sè, i lochi scomparvero in ottava giornata. Un edema considerevole del perineo persistè per circa sette giorni. Si alzò al 9° giorno e non dette latte. Le mestruazioni apparvero circa sei settimane e mezzo dopo il parto, furono abbondanti e durarono due giorni. All'esame diretto dei genitali esterni si osserva nel punto mediano del perineo un orificio circolare a bordi infiammati e infiltrati che lascia penetrare liberamente la falange dell'indice. Allontanando le grandi labbra si vede un imene anulare perfettamente intatto, munito di una briglia mediana diretta dall'alto al basso e che divise così in due parti l'orificio imenale, una a dritta più piccola, l'altra a sinistra più grande (hymen bifenestratus). Come risulta da quanto abbiam detto, l'imene, in questo caso è rimasto intatto malgrado una gravidanza anteriore e un parto che non è avvenuto per le vie naturali, cioè attraverso l'apertura genitale. Il feto si è aperto un passaggio artificiale attraverso il piano perineale promovendo una lacerazione centrale dei tessuti di questa regione. Le cause determinanti di questo accidente sono la inclinazione insufficiente del bacino e la strettezza dell'arcata pubica che questa donna aveva, la violenza delle contrazioni, il piccolo volume del feto e la mancanza del governo del perineo.

A. S.

Leucoplasia e cancroide della mucosa vulvo-vaginale. Dott. Besc. Tesi. Parigi, 1887.

1°. La leucoplasia descritta sopra la muccosa buccale si trova egualmente sopra la muccosa vulvo-vaginale.

2°. Quest'affezione è caratterizzata da produzione di placche biancastre, di cui le lesioni consistono in un ispessimento dello strato epiteliale e del corion della muccosa.

3°. Come la leucoplasia buccale così la leucoplasia della muccosa vulvo-vaginale può essere il primo stadio dell'evoluzione di un papilloma o di un cancroide.

4°. La leucoplasia e il cancroide sono due affezioni distinte: la leucoplasia agisce come corpo irritante, e prepara il terreno alla evoluzione del cancroide.

5°. Dal punto di vista della cura diremo:

a) Sul principio combattere le placche leucoplasiche con mezzi medicamentosi ed igienici.

b) Quando le placche di leucoplasia sono molto ribelli, ma circoscritte, asportarle.

c) Infine quando i papillomi saranno costituiti, praticarne l'escisione presto; cercando di sorpassare il più largamente possibile i limiti del male.

A. S. M. A.

ANNALI DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

SOMMARIO. — Caruso Dott. Francesco. Il Taglio Cesareo conservatore con sutura dell' utero. Studio storico-casistico-critico. *Pag.* 241. — Gelli Dott. G. Casistica. *Pag.* 272. — Rivista. *Pag.* 281-287. — Avviso. *Ivi.* — Pubblicazioni ricevute. *Ivi.* — Elenco dei Cooperatori che pagarono la Tassa — e nota di Coloro che pagarono l'Abbonamento. *Pag.* 288.

IL TAGLIO CESAREO CONSERVATORE CON SUTURA DELL'UTERO

STUDIO STORICO-CASISTICO-CRITICO

DEL

DOTT. FRANCESCO CARUSO

GIÀ ASSISTENTE ALLA CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA DI NAPOLI

24 SEP 00 LIBRARY

« *Mit einem weitläufigeren Operationsverfahren unter Heranziehung der Antisepsis, unter Uebertragung aller nur irgend verwerthbaren Mittel der heutigen Laparotomie — Technik, unter Schaffung einer rationellen Naht der Uteruswunde, haben wir die so lange gesuchte Sicherheit des Erfolges gewonnen, welche dem Kaiserschnitt seine früheren Schrecknisse zu benehmen geeignet ist und uns in den Stand setzt, nicht nur das Gebärorgan, wie in den Zeiten vor dem Auftreten Porro's zu erhalten, sondern anch die Grenzen der Operation so weit zu ziehen, dass sie auch lediglich für die Rettung des kindlichen Lebens in Betracht kommen kann.* »

Sänger (1).

INTRODUZIONE.

Prima che il Sänger si dedicasse alla riabilitazione dell'antico o classico (2) taglio cesareo, quantunque vi

(1) Ueber Vereinfachung der Technik des Kaiserschnittes. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie Erster Kongress abgehalten zu München. Iuni 1886. 5. 113-18. Leipzig, 1886.

(2) L'epiteto di « classico » secondo qualcuno oggi non dovrebbe più usarsi per indicare il taglio cesareo conservatore senza o con insufficiente sutura dell' utero per

fossero stati parecchi che avevano cercato di scongiurare i pericoli della gastroisterotomia perfezionando la sutura dell'utero (Frank E. Polin, Warren Brickell, Jenks, Lungren, Baker, Simon Thomas ecc.), pur tuttavolta lo stato della tecnica dell'operazione suddetta era tuttavia miserevole. Per lo più non veniva adoperata la sutura uterina, e, se adoperata, in modo talmente imperfetto che sarebbe stato lo stesso il trasandarla. Ne' casi d'insufficiente sutura della matrice l'esperienza aveva dimostrato che per l'ordinario al 5° o 6° giorno dopo l'operazione la ferita uterina giaceva beante nel cavo addominale, mentre che i nodi delle suture si erano sciolti, e queste o in un lato o in un altro delle margini dell'incisione rimanevano soltanto aderenti. Le norme listeriane, o non venivano affatto usate, o, se usate, in maniera così monca da non essere in grado di far risentire il loro benefico influsso; e, mentre queste stesse norme avevano fatto fare dei rilevantissimi progressi alla chirurgia addominale, non avevano portato sensibili miglioramenti nell'esecuzione e nell'esito dell'operazione suddetta. La prognosi di questo atto operatorio, come era naturale, rispecchiava fedelmente le condizioni della tecnica relativa: i due terzi e

la ragione della sua imperfezione, e sarebbe piuttosto da adoperarsi per denotare il taglio cesareo praticato secondo le norme fondamentali stabilite dal Sänger. Contro di ciò facciamo riflettere: 1° che la parola classico è presa in questo caso, come in parecchi altri, come sinonimo di antico e non per esprimere che il vecchio taglio cesareo fosse il razionale, il perfetto processo operativo dell'operazione cesarea; 2° che usando la suddetta parola per designare il moderno taglio cesareo conservatore con sutura dell'utero si verrebbe ad ingenerare una confusione nella nomenclatura seguita dai più per indicare i varii metodi dell'operazione in esame. Ci pare quindi che l'epiteto di classico possa essere adoperato indifferentemente in luogo dell'altro antico o vecchio che dir si voglia e che debba soltanto essere riservato ad indicare il taglio cesareo conservatore senza o con imperfetta sutura dell'organo.

A più forte ragione, poi, deve l'epiteto di « antico » essere riservato a designare solamente il taglio cesareo predetto, come quello che non può essere nemmeno preso in un doppio significato come l'altro di classico. L'usare per conseguenza la parola antico per denotare il moderno taglio cesareo con sutura dell'utero, come ha fatto recentemente il Reinhard (leggasi il titolo posto in fronte alla sua dissertazione inaugurale scritta sotto l'ispirazione di Ahlfeld, Marburg 1888, che si riferisce ad un caso di taglio cesareo col processo Sänger alquanto modificato) è addirittura inesatto.

secondo alcuni i quattro quinti delle operate soccombevano; e il taglio cesareo conservatore seguitava sempre ad essere considerato come un'operazione formidabile, temibile, un'*extrema ratio* dell'ostetricia. Nei casi rarissimi in cui le operate scampavano alla sorte comune, la guarigione si otteneva al prezzo di cicatrici deformi dell'utero e dell'addome, causa di tristi accidenti (ernie, rotture dell'utero, gravidanze extra-uterine) per le gravidanze successive.

In presenza di queste esperienze così scoraggianti del taglio cesareo classico la maggioranza degli ostetrici si era avvinta, come ad un'ancora di salvezza, all'ardita proposta del Porro dell'amputazione utero-ovarica come complemento di taglio cesareo, considerandola non come un semplice consiglio, ma come una necessità chirurgica. Le cose stavano a questo punto, quando il Sänger pubblicò la sua classica monografia: *Kaiserschnitt bei Uterusfibromen nebst vergleichender Methodik der Sectio Caesarea und der Porro — Operation. — Kritiken, Studien und Vorschläge zur Verbesserung des Kaiserschnittes. — Leipzig. 1882.*, con cui propose un nuovo processo operativo pel taglio cesareo conservatore fondato sull'uso sistematico di un'appropriata sutura uterina e su quello rigoroso delle cautele antisettiche, predicendo chiaramente che l'impiego di tali mezzi era destinato a riabilitare il vecchio taglio cesareo.

Contemporaneamente ed indipendentemente da questi studi del Sänger, il Kehrer faceva le sue importanti proposte pel miglioramento della stessa operazione, raccomandando parimenti un'accurata sintesi della matrice e l'uso metodico dell'antisepsi (1). Ma con la sua scelta

(1) Ueber ein modificirtes Verfahren beim Kaiserschnitte. — Arch. f. Gynak., 1882, Bd. XIX, Hft. 1.

del taglio trasversale dell'utero a livello del segmento inferiore, il Kehrer, come ben disse recentemente lo Zweifel, non creò un processo operativo che fosse sicuro e comodo del pari di quello del Sänger; e gli ostetrici, invitati a percorrere l'una o l'altra delle due vie, si misero per quella additata dal Sänger, ed il Leopold difatti poco dopo traduceva in pratica per la prima volta le proposte teoriche del Sänger. Il risultato non poteva essere più incoraggiante. D'allora in poi molti si diedero a sperimentare il taglio cesareo conservatore, secondo i dettami originari del Sänger, o più o meno modificati, in guisa che nel breve giro di sette anni ha potuto essere completata la prima centuria delle operazioni praticate con esso. La prognosi dell'operazione è andata a mano a mano migliorando ed in modo insperato; e come effetto diretto della migliorata prognosi si è avuto lo allargamento dei limiti della indicazione dell'operazione nella terapia dei vizi pelvici, venendosi così molte volte in aiuto anche della vita del prodotto, ed in ciò si è andati tanto oltre, d'arrivare al punto d'aver voluto elevare di altrettanto il limite superiore di quest'operazione di quanto prima si era voluto abbassare quello del taglio cesareo classico.

A mano mano che l'operazione venne esperita, ne fu sempre più migliorato e semplificato il manuale operatorio, tanto che, allo stato in cui esso è ridotto al presente, è di competenza di ogni modesto pratico, per poco che sia esperto nella chirurgia addominale.

Oggi, adunque, non v'ha più dubbio che il vecchio taglio cesareo sia stato riabilitato. Se una tale riabilitazione, che sarebbe parsa un sogno ai vecchi ostetrici, è stata possibile, lo si deve certamente al Sänger per l'incentivo da lui dato con la pubblicazione della citata monografia. Gli ostetrici tutti che si ebbero ad occupare

di questo argomento (Leopold, Harris, Credè, Schauta, Lusk, Chiara, Mangiagalli, Zweifel, Lébédéff, J. Veit ed altri molti), furono concordi nel riconoscere che è appunto a datare dall'applicazione nella pratica dei principii consacrati nel suddetto libro che il taglio cesareo conservatore dà tutt'altra sicurezza di esito. Fondandoci su questo dato di fatto, ci sia lecito di segnare a quest'epoca, cioè al 1882, l'inizio di un nuovo periodo storico pel taglio cesareo conservatore, che può dirsi caratterizzato dall'uso metodico di una esatta sutura uterina congiunto a quello anche sistematico e rigoroso delle regole listeriane.

Questo periodo, in una breve vita di sette anni, offre già un vastissimo materiale di studi e di ricerche, e dal lato della tecnica operativa e da quello delle indicazioni da assegnarsi all'operazione, il quale merita di essere sottoposto ad un'attenta e spassionata disamina. Dal lato della tecnica, ad onta che moltissimo sia stato esperito, molto altro ancora rimane a fare; e i punti della medesima che ci sembrano degni di richiamare viemaggiormente l'attenzione degli investigatori, perchè suscettibili ancora di significanti progressi, sono quelli relativi al modo di applicare le suture uterine tanto profonde che superficiali, alla scelta del materiale da usarsi nella sutura uterina, alla sede da preferirsi nel taglio dell'utero. Dal lato poi delle indicazioni dell'operazione, tra cui precipua è quella relativa alle angustie pelviche, restano a rimaneggiarsi un pochino meglio, non pure i suoi dati statistici, ma anche quelli dell'embriotomia, del parto prematuro artificiale, della sinfisiotomia, della versione, per stabilire quale è il posto che spetta all'operazione in esame di fronte all'altre operazioni suddette nella terapia dei vizi pelvici.

Avendo avuto l'agio in Italia e durante il soggiorno

in Germania presso gl' Istituti Ostetrici di Lipsia e di Dresda e presso la clinica privata del Sänger di assistere ad alcune operazioni di taglio cesareo con sutura dell' utero, di discutere del nuovo processo con coloro che lo sperimentarono finora il più gran numero di volte, di seguire per un certo tempo la sorte postuma di molte delle donne operate in tal modo ed al postutto di attingere a quasi tutte le fonti originali, ci pare di essere in grado di poter recare allo studio generale di questa quistione un contributo, il quale valga in certa guisa a rispecchiarne lo stato attuale, a fornirla di qualche nuovo fatto desunto dall' esperienza clinica, ad illustrarla possibilmente in qualche punto, a servire infine come punto di partenza per indagini future. Ben lungi però da noi la pretesa di voler risolvere qualcuno dei punti ancora controversi di una tale quistione in un modo definitivo.

Ecco lo scopo che si propone il presente lavoro. La cui pubblicazione, poi, crediamo debba giungere non intempestiva in Italia, avuto riguardo alla poca o niuna diffusione che vi ha avuto finoggi l' uso del taglio cesareo conservatore con sutura dell' utero. Infatti, ad onta che di questo si fossero abbastanza occupati, perchè si potesse essere invogliati a tentarlo, dapprima il Mangiagalli in quel suo bellissimo libro « Le più recenti modificazioni del taglio cesareo » (1) e poi il Chiara nella pubblicazione dei suoi casi, in una speciale lezione clinica redatta da un suo assistente, il Sani (2), e in una comunicazione fatta lo scorso anno alla Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia (3), niuno ostetrico pratico lo ha tentato fino

(1) Annali di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria. — Anni V e VI. — 1883-84.

(2) La tecnica del taglio cesareo conservatore secondo il processo di Sänger. — Annali di Ostetricia e Ginecologia. Marzo 1887, pag. 97-102.

(3) Ultimi perfezionamenti nella tecnica dell'operazione cesarea. — Annali di Ostetricia e Ginecologia. Aprile 1887, p. 152-55.

ad ora, ed appena 4 volte è stato sperimentato in Istituti di Maternità, 3 volte dal Chiara ed 1 volta dal Morisani — la 5ª volta (1ª in ordine di tempo) sarebbe stata quella in cui fu intrapreso dal Fasola, se malauguratamente, seduta stante, non avesse dovuto essere sostituito dall'amputazione utero-ovarica a fine di frenare un' imponente emorragia sorta dopo l'apposizione della sutura uterina e ribelle a tutti i mezzi comuni di emostasi (1). E, scambio di praticare il taglio cesareo con sutura del viscere sulla scorta degli splendidi successi che erano stati con esso ottenuti nelle cliniche di Lipsia e di Dresda, nei limiti della sua indicazione assoluta fra noi, si è stati corrivi a praticare l'amputazione utero-ovarica, il taglio cesareo senza o con insufficiente sutura del viscere ed in quelli della sua indicazione relaliva l'embriotomia (s'intende a feto vivo).

È tempo però che il taglio cesareo con sutura dell'utero consegua quella larghezza di applicazione nella pratica che le prove da esso fatte e lo stato cui è giunta la sua tecnica operativa vogliono che abbia. Con ciò non si voglia, credere, pertanto, che noi intendiamo atteggiarci a propugnatori ostinati ed irragionevoli del taglio cesareo con sutura dell' utero e che desideriamo che lo stesso invada il campo di azione di altre operazioni ostetriche. Tutto al contrario. Noi vogliamo soltanto che l' uso ne sia razionale; e a questo proposito teniamo a deplorare l' abuso che si fece qualche volta in questi ultimi anni di una tale operazione a scapito di altre risorse dell' ostetricia operativa. Ma dall'abusarne al non usarlo neppure in quei casi in cui è strettamente indicato corre un gran tratto.

(1) Operazione cesarea col metodo Sänger. — Inerzia ed emorragia interna grave consecutiva alla sutura profonda e superficiale (siero-sierosa). Amputazione dell' utero (metodo Porro). Bambino salvo. Madre guarita. — Comunicazione fatta all'Accademia Medico-Fisica Fiorentina. Seduta del 2 Maggio 1886.

Mettiamo così termine a questa breve introduzione, nella speranza che l'opera a cui ci accingiamo potrà riuscire d'una qualche utilità agli studiosi delle discipline ostetriche.

PARTE PRIMA.

In questa prima parte, traendo profitto dal vastissimo materiale accumulatosi a mano a mano nella letteratura di quest' argomento dall'epoca della pubblicazione dell'indicata monografia del Sänger finoggi, ci proponiamo di rilevare le differenti fasi per cui è passata la quistione della tecnica dell'operazione in esame, soprattutto per la parte riguardante la sutura uterina.

A tal uopo crediamo necessario procedere nel seguente modo: di passare, cioè, a disamina, cominciando dalla suddetta monografia, l'una dopo l'altra, nell'ordine cronologico con cui si successero, le svariate contribuzioni sull'argomento, togliendo dalle medesime quanto si ha di originale circa l'accennata quistione; varianti, o recate in atto, od anche semplicemente proposte alla tecnica operativa in generale ed in particolar modo alla sutura uterina; discussioni ed apprezzamenti concernenti la tecnica medesima ecc.

Tale condotta di esposizione ci sembra la più consentanea a farci raggiungere lo scopo che ci siam proposti, come quella che venendo a fare uno studio storico narrativo sotto forma didattica della quistione suddetta, è destinata a fornire una cognizione chiara e completa delle fasi di sopra designate, ad illustrare le osservazioni cliniche nel loro lato più interessante, vogliam dire

la tecnica operativa, e ad offrire finalmente il sostrato su cui potere utilmente poggiare più tardi la parte critica del lavoro.

Intraprendiamo adunque senz'altro questo studio pigliando le mosse dalla già più volte citata monografia del Sänger.

Il Sänger sulla guida di uno studio accurato della storia dell'isterorafia, essendo giunto alla conclusione che i processi di sutura uterina proposti non erano bastevoli ad impedire il consecutivo rendersi beante in tutto o in parte della ferita uterina e quindi la effusione del sangue, del pus e de' lochi nel cavo addominale, causa precipua cui erano dovuti la maggior parte degli esiti infausti dell'operazione cesarea classica, si dedicò alla ricerca di un processo di sutura che permettendo la guarigione per prima intenzione della ferita uterina valesse per conseguenza a scongiurare i pericoli derivanti dagli inconvenienti suddetti.

All'epoca in cui egli intraprese una tale ricerca, si era già fatta abbastanza strada la proposta di affrontare sierosa contro sierosa in superficie nella sutura dell'utero. A cominciare da Martino d'Avanzo (1) avevano in vario modo consigliata una tale pratica Van Aubel (2),

(1) Sulla sutura dell'utero in caso di parto cesareo. — Rend. dell'Accad. med. chirurg. di Napoli, 1860, vol. XIV, p. 33-37.

(2) Bull. dell'Acad. roy. de méd. de Belgique, 1862, p. 248-58. Rapport de Hubert. In questo luogo teniamo a rettificare l'inesattezza in cui incorse il Potocki (De l'Opération césarienne ecc.... Ann. de Gynécol. ecc.... 1886, p. 359-60) nell'attribuire la prima idea della sutura siero-sierosa nel trattamento della ferita uterina al Van Aubel. La priorità di tal proposta spetta invece al nostro D'Avanzo, il quale fin dal 28 Gennajo 1860 leggeva una sua nota in proposito all'Accademia Medico-Chirurgica di Napoli raccomandando la sutura di Apolito, o de' materassai altrimenti detta (loco cit.), e quel dotto Consesso essendo stato di parere che la proposta suddetta meritava di essere tradotta in pratica, il suo proponitore la sperimentava in un'operazione praticata nel Marzo dello stesso anno.

Dusart (1), Baudon (2), Cazin (3), Lungren (4) e Baker (5) e più che ogni altri vi aveva su insistito Spencer Wells (6) considerandola come la sola applicabile a tutte le operazioni cruente da praticarsi sull' utero.

Cazin, Lungren e Baker avevano riportati de' successi col suo uso; ed oltre a ciò erano noti parecchi casi di guarigione spontanea della ferita cesarea non riunita da sutura per opera del peritoneo uterino (Engeltrum, Meyer, ecc. . . .).

D'altra parte, la stessa pratica della sutura siero-sierosa aveva trovato una larga e felice applicazione nelle lesioni di continuo dell'intestino per mezzo dei processi di enterorafia di Gussenbauer, di Czerny e Wölfler, che avevano perfezionati i processi primitivi di Lembert e Jobert di Lamballe basati sullo stesso principio; e v' era stato anche chi (Vincent, Maltrait), in base all' analogia di struttura esistente tra intestino e vescica e incoraggiato dai successi ottenuti col suo impiego nelle esperienze sugli animali, ne aveva raccomandato l'uso nel trattamento delle ferite dell' urocisti.

Fondandosi su questi svariati fatti acquisiti in antecedenza alla scienza, il Sänger emise l'affermazione che per ottenere la guarigione della ferita uterina per prima intenzione era necessario in ogni caso ricorrere alla sutura siero-sierosa e non in modo lineare ma in superficie. Ed addusse in appoggio di questa tesi l'asserzione seguente su cui richiamiamo seriamente l' attenzione del lettore per ragioni che sarebbe intempestivo di riferire qui, ma che

(1) These, Paris, 1867.
(2) Rec. de mém. de méd. et chir. militaires, Paris, 1869, XXIII, p. 402.
(3) Arc. de tocol., 1875, p. 711.
(4) Amer. Journ. of obstetr., ecc.... Gennajo 1881.
(5) Ib., Luglio 1881.
(6) Brit. med. Journ., Giugno 1881, n. 1067.

saranno ampiamente svolte nel corso del presente lavoro: dato, egli disse, l'affrontamento in superficie delle lamine peritoneali, queste prontamente e fittamente aderiscono: sotto la protezione di una tale aderenza la riunione di tutto il rimanente dello spessore della ferita (portato a giusto contatto per mezzo di suture) ha l'agio di verificarsi e consolidarsi facilmente.

Partendo da questo principio e passando a sperimentare la sutura siero-sierosa su cadaveri di donne morte subito dopo il parto, trovò che a causa della forma speciale che assume la ferita uterina, di un cono, cioè, ad apice lievemente smussato alla decidua e a base alla sierosa, in seguito all'ineguale retrazione che subiscono gli strati muscolari dopo l'incisione, riusciva difficile nel portare in contatto le superficie di taglio di ripiegare in dentro, onde affrontarle in superficie, le due lamine peritoneali. L'Autore allora, per essere in grado di tradurre in pratica il principio messo a fondamento delle sue ricerche, credè necessaria la escisione su ambo i lati, procedendo di basso in alto in direzione verticale, di due pezzi di sostanza muscolare, indi al di sotto del peritoneo di due altri piccoli pezzi della medesima (Fig. 1. *Re*, *Re* (1).

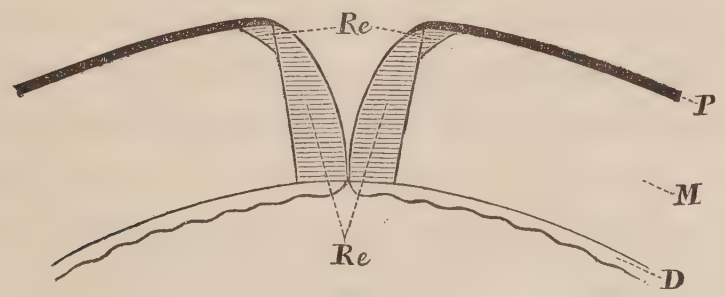


Fig. 1.

(1) A fine di riuscire il più chiari e completi possibile nella trattazione di questo argomento, abbiamo creduto indispensabile di corredare la descrizione delle svariate modalità di sutura uterina di numerosi disegni schematici, traendoli in massima parte dai lavori di cui ci occupiamo, modificandoli ogni volta che c'è parso necessario, onde farli rispondere meglio al vero.

A tale pratica diede il nome di *resezione sottoperitoneale.* In tal modo venendo ad ottenersi il parallelismo delle margini della ferita e a formarsi due lembi peritoneali ricuoprenti in parte le superficie di taglio, convertite pel fatto della detta resezione a foggia di un Y (Fig. 2),

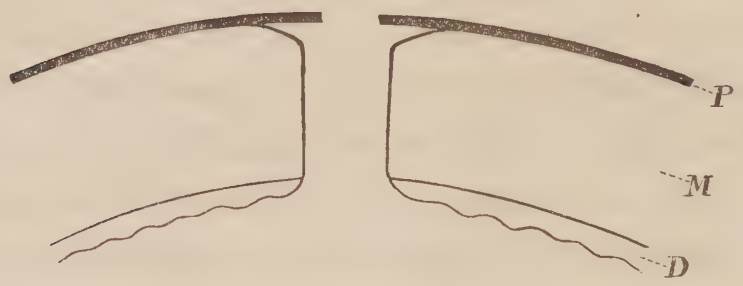


Fig. 2.

allorchè queste fossero venute a porsi in contatto, quelli si sarebbero venuti facilmente ad affrontare per le loro superficie esterne e per conseguenza avrebbero potuto di leggieri essere suturati. Riconobbe pertanto che una tale resezione poteva essere trasandata ne' casi in cui l'utero, essendo rilasciato o contratto, le superficie di taglio fossero parallele e le lamine sierose senz' altra preparazione si lasciassero riversare in dentro ed affrontare.

Per la sintesî poi di tutto il rimanente della ferita, tra i vari processi di sutura che l'esperienza aveva dimostrati migliori, diede la preferenza alla sutura intercisa o a punti staccati ampiamente abbraccianti le margini della ferita e attraversanti tutto lo spessore della parete uterina ad eccezione della decidua, e alla sutura de' materassai, del pari senza comprendere la decidua. Quest'ultima precauzione allo scopo d'impedire ai lochi di effondersi attraverso i tragitti delle suture nel cavo

addominale (1). Breve: resezione sottoperitoneale e doppia sutura dell' utero, con suture profonde siero-muscolari e superficiali siero-sierose, previa introflessione e affrontamento in superficie delle lamine peritoneali. Come materiale di sutura prescelse il filo di argento e la seta fenicata; proscrisse affatto il catgut e il silk-worm. Infine, in quanto agli altri particolari della tecnica, oltre l'antisepsi rigorosa prima e dopo l'operazione, raccomandò l'incisione della matrice nel 3° medio, la sua successiva eventrazione a fine di farne le suture, l'applicazione del laccio elastico sul cono cervico uterino per l'emostasi temporanea, il drenaggio primario addomino-vaginale ecc.

Il Sänger aveva così dettato i criteri e le norme generali che dovevano informare il suo nuovo processo pel taglio cesareo conservatore.

Frattanto, in quella che il Sänger faceva i suoi studi per la riabilitazione dell'antico taglio cesareo, il Kehrer, come accennammo, batteva la stessa via e giungeva su per giù a stabilire i medesimi principii per la tecnica operativa, meno per la parte riguardante la sede e la direzione del taglio dell' utero (2). Lasciando da banda quest' ultima quistione (su di essa torneremo più tardi a proposito dello svolgimento della tesi « sede e direzione migliore del taglio dell' utero) » vogliamo qui occuparci della tecnica della sutura uterina consigliata dal Kehrer (3). L'Autore dopo di aver rilevato che non ancora era stato

(1) Questo principio era stato già tradotto in pratica dal Lungren sulla ormai storica donna Maria Kaiser la prima volta l'8 Maggio 1875 e la seconda il 22 Maggio 1880 (American Journ. of Obstetrics., etc. 1881, p. 78 e p. 81) e da Baker il 6 Novembre 1880 (loco cit. 1881, p. 596).

(2) Loco cit.

(3) Tale tecnica, benchè faccia parte integrante di uno speciale processo del taglio cesareo conservatore, processo che porta il nome del suo Autore, la cui caratteristica principale è l'incisione indicata, pur tuttavolta essa non ha niente d'intimamente connesso o subordinato all'incisione predetta, potendo essere applicata del pari in tutti gli altri punti della matrice; epperò il suo esame rientra in quello generale dei differenti processi di sutura uterina.

rinvenuto un processo di sutura atto ad assicurare la chiusura durevole della cavità uterina ed aver manifestata l'idea che si doveva alla lacerazione prodotta dai fili, a causa delle contrazioni uterine *post partum*, se la ferita della matrice veniva di nuovo ad aprirsi, disse: se ciò è vero, bisogna distaccare lo strato sieroso (che è deputato a separare l'utero dal cavo addominale) dallo strato muscolare per sottrarlo il più che sia possibile alle concontrazioni di quest'ultimo e suturarlo a parte (sutura siero-sierosa). (Fig. 3, *S. S.*).

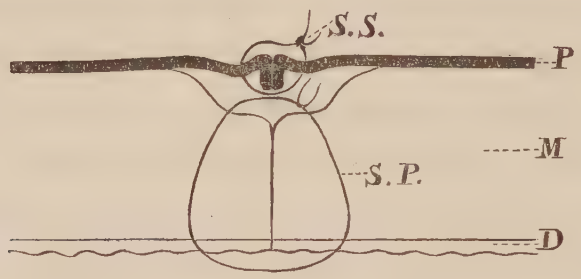


Fig. 3.

Ma la sola sutura siero-sierosa non è sufficiente. Per ovviare sollecitamente alla perdita di sangue dalle margini della ferita, per tenere lontani i lochi dalle lamine peritoneali scollate, per diminuire la distrazione delle suture siero-sierose prodotte dalle contrazioni uterine *post partum*, fa mestieri che, prima delle suture indicate, vengano apposte delle suture profonde che abbraccino solamente la muscolare e la decidua. Tali suture, qualora si dà la maggiore importanza alla pronta riunione degli strati profondi della ferita, si debbono applicare in modo che viste in sezione abbiano la forma di un cono colla base alla decidua, in guisa, cioè, che comprendino maggior copia di tessuto a livello degli strati profondi

e minore a livello di quelli superficiali; se invece si accorda la maggiore importanza alla sollecita riunione degli strati superficiali dell'incisione, debbonsi le suture apporre in maniera affatto inversa. Poichè nell'operazione cesarea si desidera di prevenire il passaggio de' lochi dal cavo uterino nella ferita, così deve essere senza dubbio preferito il primo procedimento (Fig. 3, *S. P.*). Come si vede, la tecnica della sutura uterina proposta dal Kehrer nei suoi tratti principali — formazione di due lembi peritoneali, doppia sutura dell'utero con affrontamento in superficie del peritoneo — è analoga a quella raccomandata dal Sänger.

Il Kehrer pertanto non ebbe solo il merito di avere proposto un processo razionale di sutura uterina, ma ebbe anche l'altro di aver riconosciuta la somma importanza dell'uso rigoroso dell'antisepsi per la riabilitazione dell'antico taglio cesareo.

Degne di grande considerazione furono le sue norme riguardo al listerismo, per cui non crediamo dispensarci dal riassumerle brevemente. Prima dell'operazione: lavaggio della vagina e del segmento inferiore dell'utero con soluzioni fenicate e detersioni di queste parti con soluzione di acido fenico alla glicerina al 10 per 100. Durante l'operazione dopo il vuotamento dell'utero: lavaggio del cavo uterino con soluzione carbolica e fregamento della superficie interna dell'utero con una spugna impregnata in una soluzione fenica concentrata. Toilette della cavità addominale e drenaggio della medesima attraverso il cul di sacco vescico-uterino e lo spazio del Douglas. Per questo scopo consigliò il *drenaggio* così detto *capillare* da lui ideato (1), costituito da un tubo di gomma forato o di vetro alla Köberle, in cui si sia

(1) Kapillardrainage der Banchhöhle. — Centralbl. f. Gynäk. 1882, N. 3.

precedentemente introdotto un cordone di ovatta (bollita per parecchie ore in una soluzione fenica al 5 per 100) che sporga per alcuni centimetri dai due estremi del tubo. — Drenaggio della cavità uterina (Langebuch). — Ed in ultimo la irrigazione permanente della vagina (metodo di Küstner) sotto la pressione più lieve possibile del liquido e soltanto pe' casi in cui una tale pratica potesse essere eseguita da una persona intelligente ed assidua; in casi di deficiente assistenza, 3 a 4 iniezioni per giorno con soluzioni carboliche (2 per 100) sotto una leggiera pressione e una non interrotta covertura dei genitali esterni con ovatta imbevuta di una soluzione fenica. —

A tradurre in pratica per la prima volta le proposte teoriche del Sänger si accinse il Leopold il 25 Maggio 1882. L'operazione sortì, come abbiam detto, un esito felice per la madre e per la prole. In questa circostanza il Leopold introdusse alcune varianti nella tecnica della preparazione delle margini della ferita uterina consigliata dal Sänger, vi aggiunse, cioè, lo *scollamento della sierosa* e modificò alquanto la pratica della resezione della muscolare. Le cose procedettero nel modo seguente. La sierosa fu scollata su ambo i lati nell'angolo superiore ed inferiore della ferita per la larghezza di mezzo ctm., nel mezzo della ferita per quella di un ctm. circa (Fig. 4. *a a*);

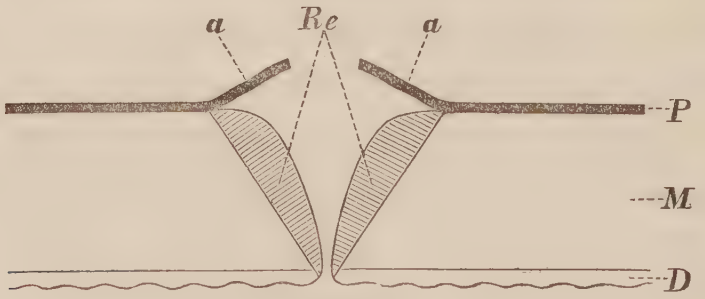


Fig. 4.

dopo ciò fu risecato a partire dal limite esterno della sierosa un cuneo di sostanza muscolare colla base al

peritoneo e l'apice alla decidua (Fig. 4, *Re.*), e riversati in dentro i lembi peritoneali scollati (Fig. 5, *a a*) ven-

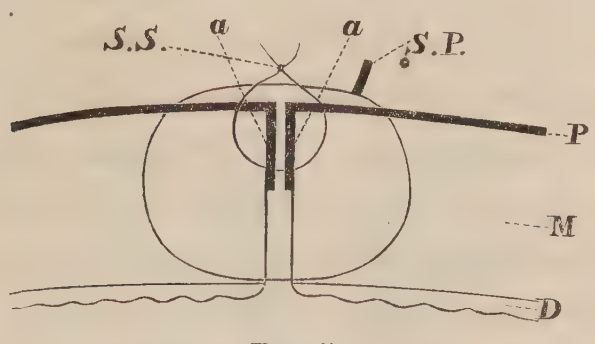


Fig. 5.

nero applicate le suture profonde con filo di argento attraverso tutta la spessezza della parete uterina ad esclusione della decidua e abbraccianti largamente le margini della ferita (Fig. 5, *S. P.*) e le suture superficiali sierosierose con filo di seta negli intervalli fra le prime, ad una distanza però minore dal margine della sierosa (Fig. 5, *S. S.*).

Le descritte varianti alla tecnica della sutura uterina proposta dal Sänger, al dire del Leopold, sarebbero state adatte a soddisfare alle due condizioni desiderabili per ottenere un' esatta riunione della ferita, di avere, cioè: 1°) due superficie muscolari piane e non angolose, come quelle che si sarebbero ottenute colla resezione sottoperitoneale alla Sänger (Fig. 2); 2°) due lembi peritoneali ricuoprenti largamente le superficie di taglio (1).

Le proposte teoriche del Sänger avendo ricevuto col caso menzionato la sanzione pratica, il nuovo processo fu in grado di essere metodicamente formulato dal suo autore, il quale colse perciò l' occasione della riunione

(1) Ein Kaiserschnitt mit Uterusnaht nach Unterminirung der Serosa un Resection der Muscularis. Glücklicher Ausgang für die Mutter und Kind. — Arch. f. Gynäk. Bd., XIX, Hft. 3.

della Società de' Ginecologi Tedeschi tenutasi ad Eisenach lo stesso anno per esporvi il suo piano operativo del taglio cesareo col quale si proponeva: 1°) di opporre la sepsi all'antisepsi; 2°) di dominare l'emorragia primaria e secondaria della ferita e della cavità uterina; 3°) di opporsi alla peritonite provocata dal passaggio del sangue e dei lochi nel cavo addominale (1). Crediamo utile riferirlo *in extenso* una alla breve discussione cui diede luogo.

1°. L'Autore insiste sull'uso rigorosissimo delle pratiche antisettiche prima e dopo dell'operazione. Antisepsi primaria: disinfezione delle pareti addominali, del monte di Venere, de' genitali esterni, della vagina, collo e segmento inferiore dell'utero. — Durante l'operazione lavaggio con soluzione disinfettante del corpo dell'utero, del collo e della vagina praticato per la via dell'addome. — Consiglia il drenaggio primario utero vaginale; vorrebbe tralasciato ogni altro drenaggio attraverso lo spazio di Douglas, la plica addominale anteriore, le pareti addominali. — Antisepsi secondaria: ne' casi ordinari secondo i principi generali; in quelli in cui si fossero già manifestati i segni dell'infezione, ripetute ovvero permanenti irrigazioni utero-vaginali, drenaggio secondario.

2°. L'emostasi durante l'operazione può aversi con la compressione manuale del segmento uterino inferiore, se l'utero è inciso in sede, e, se l'utero è sgusciato integro, per mezzo della compressione manuale o l'applicazione di *Klemmers* sui legamenti larghi, ovvero del tubo elastico sul cono cervico uterino. Dopo l'incisione dell'utero l'eventuale emorragia da qualche seno può essere vinta con l'applicazione di pinze emostatiche costruite

(1) Ueber die Verbesserungs fähigkeit des classischen Kaiserschnittes, besonders in Hinsicht auf Primärheilung der Uteruswunde und Regeneration des puerperalen Uterus. — Arch. f. Ginäk., Bd, XX, Hft. 2.

in maniera da non ingombrare il campo operativo (Figura 6, *A*) (1).

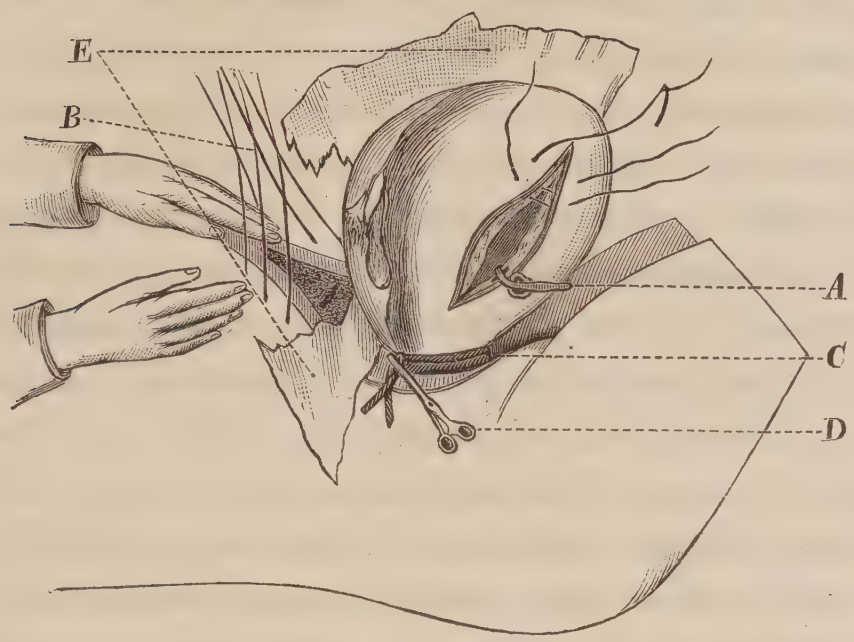


Fig. 6.

Estratto il feto, se l'utero non era stato sgusciato prima, lo si sguscia ora, si rinserrano le parti addominali dietro di esso mercè trazioni esercitate sulle suture provvisorie (*B*) passate nella metà superiore della ferita addominale prima dello sgusciamento del medesimo, si applica il tubo di gomma elastica sull'istmo uterino (*C*), i cui capi nel punto d'incrociamento vengono fissati con una pinzetta Köberle od altra più o meno simile (*D*). Tra l'utero e le pareti addominali s'interpone un pezzo di carta di caoutschouc (*E*). Facendo difetto la contrazione

(1) In un lavoro precedente (Zur Reabilitirung des classischen Kaiserschnittes — Arch. f. Gynäk., 1882, Bd. XIX, Hft. 3), l'A., dopo di aver rilevata la difficoltà nel processo di Kehrer di domare prontamente l'emorragia dalle margini della ferita, fece riflettere che a ciò si poteva rimediare con l'applicazione sui lumi vasali di speciali pinze emostatiche e ne propose due modelli. In seguito pensò che le medesime potevano essere utili anche servendosi del taglio mediano longitudinale con consecutiva eventrazione dell'utero e costrizione dell'istmo, e ne diede qui un 3° modello che è quello che si vede delineato nella figura 6. (*A*).

uterina: massaggio, faradizzazione, ghiaccio, applicazione di acqua calda, iniezioni ipodermiche di ergotina fino a che la medesima non subentri energicamente; indi la sutura, che non è necessario sia fatta in fretta, per la ragione che si è in grado di domare l'emorragia e di proteggere l'organo dal raffreddamento. Solo per eccezione sutura ad utero rilasciato. Se ad onta dello stato contratto della matrice perdura la perdita dai seni o dalle arterie: suture emostatiche con annodamento de' fili al di sopra del peritoneo. A fine di prevenire il rapido distendimento dell'utero per inerzia dopo la chiusura del ventre, deve essere applicata, secondo il metodo una volta in voga dei sacchetti di arena, una medicatura costituita di cuscinetti di ovatta o di juta sulla parte superiore dell'addome in guisa che l'utero venga tenuto compresso contro la parete addominale anteriore.

3°. In quanto alla sutura dell'utero conferma il principio della sutura simperitoneale in unione della resezione muscolare sottosierosa, riflettendo che il peritoneo ha la stessa importanza per la guarigione delle ferite intraddominali, specie per l'uterina, che ha la cute per le ferite della superficie del corpo, colla differenza che il primo non deve essere riunito in modo lineare, ma in superficie. Migliore condotta è di fare questa resezione da dentro in fuori, poichè così si può evitare di asportare la decidua ed inoltre schivare una troppo ampia resezione; in ogni caso è utile di praticare prima lo scollamento e poi, sempre da dentro in fuori, la suddetta resezione. Non si può stabilire il *quantum* della muscolare debba risecarsi ne' singoli casi, perciocchè le superficie di taglio in un caso sono più, in un altro meno, di forma prismatica od arcuata. Il rendere queste parallele per mezzo della resezione fino ad ottenere che le lamine peritoneali vengano a ricuoprire la superficie della ferita, è il fatto più

importante. Una troppo estesa resezione della muscolare cagiona una perdita di sostanza la quale co' ripetuti tagli cesarei potrebbe finire per impicciolire l'organo. La sutura uterina deve essere doppia, costituita, cioè, da suture profonde e superficiali; le prime con filo di argento attraverso tutto lo spessore della parete uterina ad esclusione della decidua ed abbraccianti ampiamente le margini della ferita, le seconde con filo di seta, *numerose* (10-12), intercalate fra le prime, comprendenti le lamine peritoneali affrontate in superficie. Come materiale di sutura prescelse il filo d'argento e la seta fenicata. Se questi materiali sono asettici, debbono incistarsi. In caso di ripetuto taglio cesareo sarebbero da allontanarsi le suture appartenenti alla operazione precedente.

A proposito poi della quistione, tanto interessante quanto controversa, della possibilità o non della guarigione per prima intenzione della ferita uterina, fa riflettere che la degenerazione grassa puerperale del muscolo uterino non ostacola la guarigione per prima intenzione della ferita, perchè questa deve essersi già compiuta quando quella incomincia. Ed aggiunge riguardo all'involuzione puerperale che le ricerche da lui ultimamente intraprese, non ancora terminate (1) gli avevano dimostrato che le fibre muscolari, nè degenerano completamente, nè si neoformano dagli strati più esterni, ma soltanto si rimpicciolisсono gradatamente senza mai distruggersi addirittura e che perciò in questo successivo rimpicciolimento delle singole fibre consiste la involuzione dell'utero.

(1) Recentemente l'Autore poneva termine alle suddette ricerche con un lavoro pubblicato per l'occasione del 25° anniversario (20 Dicembre 1887) della nomina di Ernest Leberecht Wagner a Professore Ordinario di Anatomia Patologica della Università di Lipsia dal titolo: « Die Rückbildung der Muscularis des puerperalen Uterus », in cui arrivava in sostanza a confermare le vedute di qua su sull'essenza anatomica dell'involuzione puerperale.

Nella discussione che tenne dietro a questa comunicazione, pur essendosi accolte con plauso universale le proposte fatte dal Sänger per la riabilitazione del vecchio taglio cesareo, si manifestò la tendenza di semplificare in vari punti il suddetto piano operativo.

Il Müller (*P*) si mantenne sulle generali ed asserì che il processo Sänger era troppo complicato per essere intrapreso colla necessaria precisione e destrezza da qualunque medico pratico non esercitato nella chirurgia addominale; il Martin (*A*) e l'Olshausen discesero ai particolari, ed il primo considerò come complicate le proposte riguardo all'emostasi rigettando l'uso delle pinze emostatiche speciali, il secondo come complicato e inadatto il sistema proposto per la medicatura e fasciatura del ventre e volle che vi fosse sostituito l'altro usato nella clinica di Schröder nelle laparotomie consistente nel coprire le pareti addominali soltanto con un sottile strato di stoffa antisettica in guisa da poter controllare con la mano direttamente l'utero.

Prima di lasciare quest' anno (1882), tanto memorabile nella storia dell'operazione cesarea, non possiamo fare a meno di dare un brevissimo cenno dell'operazione fatta dal Beumer l' 11 Settembre pel modo speciale con cui venne assicurata la emostasi temporanea ad utero ancora in sede. Ecco il brano della pubblicazione relativa che vi si riferisce: « Aperta la cavità addominale, fu passato un « tubo elastico spesso quanto un piccolo dito al di sopra « del fondo e collocato attorno al segmento inferiore e « i capi incrociati furono confidati ad un assistente con « l'ingiunzione di stringerli subito dopo l'apertura della « cavità uterina. » È questo il primo caso, per quanto è a nostra conoscenza, in cui fu usata una tale pratica, la cui idea però non era nuova e risaliva, se non andiamo errati, al Fochier di Lione (1).

(1) Arch. de tocologie, Settembre 1879.

Nell'anno seguente, in Francia, il Poullet de Planche les Mines propose la sutura incavigliata per la sintesi della ferita uterina (1), la quale se fosse stata tradotta in pratica avrebbe presentato il grave inconveniente (lo notiamo qui per non occuparci in seguito della critica di una tale sutura) di abbandonare nel cavo peritoneale de' corpi estranei, troppo voluminosi, non riassorbibili e richiedenti per incistarsi di un lavorìo infiammatorio troppo esteso e di gran lunga durata. —

Nello stesso anno, in America, dove avevano così rigogliosamente attecchiti per lo passato gli studi per la riabilitazione della sezione cesarea classica, il Garrigues volle recare un contributo al perfezionamento della tecnica dell'operazione in esame (2). L'Autore asserì che leggendo le istorie delle autopsie delle donne operate di taglio cesareo senza sutura dell'utero era giunto alla conclusione che sarebbe stato miglior partito di praticare la sutura della ferita uterina. Ricordandosi che Spencer Wells (3) in una paziente morta 24 ore dopo un'ovariotomia aveva trovate le superficie sierose riunite, cercò nell'operazione cesarea da lui praticata il 6 Ottobre 1882, che forma il sostrato di questo lavoro, dopo di aver applicato le suture profonde attraverso la intera spessezza della parete uterina di portare le due lamine peritoneali per quanto più possibile in contatto per mezzo di suture siero-sierose intercalate fra le prime. Lo stato in cui fu trovata la ferita uterina all'autopsia 52 ore dopo l'operazione (il peritoneo e i $^2/_3$ della ferita saldati per prima intenzione, il 3° esterno non ancora adeso) provò l'efficacia di tale trattamento.

(1) Concours medical, 1883, p. 366.

(2) The improved caesarean section containing the description of a kyphotic pelvis. — Amer. Journ. of Obstetrics ecc.... Aprile, Maggio e Giugno 1883.

(3) Diseases of the Ovaries, London, 1872, p. 384.

Dopo la relazione del caso suddetto, il Garrigues passò a dare le norme della tecnica operativa. Riconobbe come momento più opportuno per accingersi all'operazione la fine del 1° periodo del travaglio. Combattè quindi la proposta del Braxton Hicks (1) di operare quindici giorni prima del termine della gestazione a fine di sorprendere l'utero in un periodo in cui la degenerazione grassa dell'organo non era giunta per anco all'apogeo, colla speranza che l'utero in tale epoca meglio e più sollecitamente si sarebbe cicatrizzato, sostenendo che questa degenerazione grassa non ha luogo, essendosi convinto con osservazioni microscopiche proprie riferentisi al caso accennato e ad un altro di rottura uterina (2) che l'utero al termine della gravidanza è nelle condizioni normali di nutrizione e sarebbe strano se fosse altrimenti, perciocchè la sua enorme ipertrofia ed iperplasia ha appunto per obietto la espulsione non sempre agevole del prodotto del concepimento attraverso la pelvica filiera. Respinse quindi per le stesse ragioni la proposta del Barnes (3), pur riconoscendo la importanza degli argomenti addotti per corroborarla, di operare, cioè, in un giorno della 2ª quindicina, e consigliò di attendere lo spontaneo dichiararsi del travaglio per considerazioni che essendo già note noi trasandiamo.

In quanto al modo di assicurare l'emostasi temporanea, l'Autore disse che era difficile comprendere perchè, stando l'utero ancora in sede, non si potesse passare un tubo elastico attorno all'istmo, servendosi a conduttore dello stesso di un istrumento analogo alla sonda di Belloc, o di un catetere elastico munito di stiletto, ovvero di una sonda uterina convenientemente piegata.

(1) Transact. of the Obstetr. Society of London 1869, Vol. X, p. 46.
(2) American Journ. of Obstetris ecc., 1881, Vol. XIV, p. 403-6.
(3) Lectures of Obstetric Operations; London, 1870, p. 335.

Tale pratica avrebbe avuto il vantaggio di evitare la troppo lunga incisione addominale richiesta dal processo di Müller e con essa il pericolo della fuoriuscita delle intestina. Nel caso in cui questa pratica fosse stata attuabile, l'utero naturalmente sarebbe stato inciso in sede; in caso contrario sarebbe stato necessario ricorrere all'eventrazione dell'utero e alla consecutiva applicazione del tubo elastico sull'istmo.

A proposito poi della tesi, se la degenerazione grassa che sopravviene nell'utero puerperale valga o non ad ostacolare la guarigione per prima intenzione della ferita uterina, propugnò il principio che questa deve essersi già verificata allorchè quella s'inizia, fondandosi sull'esame microscopico del suo caso che dimostrò già stabilito il lavorio di cicatrizzazione nell'assenza completa della degenerazione grassa.

Per tuttociò infine che riguarda la tecnica della sutura uterina, il Garrigues consigliò le medesime norme dettate dal Sänger e da coloro che a questi avevano tenuto dietro nello studio dell'argomento, perfino la preparazione delle margini della ferita che egli aveva creduto opportuno di tralasciare nel caso menzionato.

Poco appresso il Mangiagalli cominciò la pubblicazione del prelodato studio storico critico. « Le più recenti modificazioni del taglio cesareo » (1) in cui sulla guida di un'analisi lunga ed accurata condannò i processi Cohnstein, Frank e Kehrer e si pronunziò a favore del processo del Sänger, come quello che gli parve più scientifico, più metodico e più sicuro in paragone de' processi suddetti, avendo con essi comuni molti vantaggi senza possedere molti degli inconvenienti per gli stessi lamentati e di avere poi in proprio il grande vantaggio di es-

(1) Annali di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria. Anno V e VI, 1883-84.

sere un metodo generale, di non aver controindicazioni tecniche, di essere cioè eseguibile in tutti i casi. —

Sempre sulla via per cui si era messo del perfezionamento della tecnica della sutura dell' utero, il Leopold, riferendo di due nuove operazioni (2ª e 3ª) da lui praticate di taglio cesareo alla Sänger, richiamò in special modo l'attenzione sulla preparazione delle margini della ferita uterina (1). Notò che il 1° caso, in cui la resezione della muscolare riusciva in maniera uniforme, il decorso del relativo puerperio fu tipico, laddove negli altri due casi, di cui qui è parola, ne' quali la medesima avveniva in maniera irregolare, la difficoltà dell' affrontamento delle superficie di taglio, divenute pel fatto della resezione ancora più beanti, parve cresciuta e i decorsi de' puerperii corrispondenti furono morbosi (2). Inoltre fece riflettere che con una resezione siffatta (10 ctm. circa in lunghezza e 2 ctm. circa in larghezza), venendo a diminuire notevolmente la estensione della parete anteriore dell' utero, era da aspettarsi che le operate non sarebbero più divenute incinte, e, supposto che nelle medesime ulteriori gravidanze si fossero verificate, in seguito alle ripetute resezioni, divenendo sempre più angusta la parete suddetta, una nuova resezione non sarebbe stata più possibile. Per queste ragioni l'Autore reputò miglior partito in un'altra operazione di astenersi addirittura dalla resezione della muscolare e di contentarsi dello scollamento delle lamine sierose. E nel fatto nel 4° e 5° caso fece a meno della resezione della muscolare e nel 5° anche dello scollamento della sierosa (3) arrivando ad operare affatto secondo il metodo

(1) Zwei weitere glückliche Kaiserschnitte mit Uterus naht nach Unterminirung der Serosa unt Resection der Muscularis. — Arch. f. Gynak., 1884, Bd. XXIV, Hft. 3.

(2) Questa fu una fra le molteplici cagioni che valsero a rendere morboso l'andamento de' due puerperii suddetti.

(3) Zwei weitere Kaiserschnitte (4-5) mit Uterusnaht ohne Resection der Muscularis. Arch. f. Gynäk. 1885, Bd. XXVI, Hft. 3. Questa pubblicazione, come si vede, è alquanto posteriore all'epoca cui siamo giunti colla trattazione. L'abbiamo accennata qui per non tornarvi più sopra.

conservatore naturale nel modo rappresentato dalla Fig. 7 (*S. P.* suture profonde, *S. S.* superficiali).

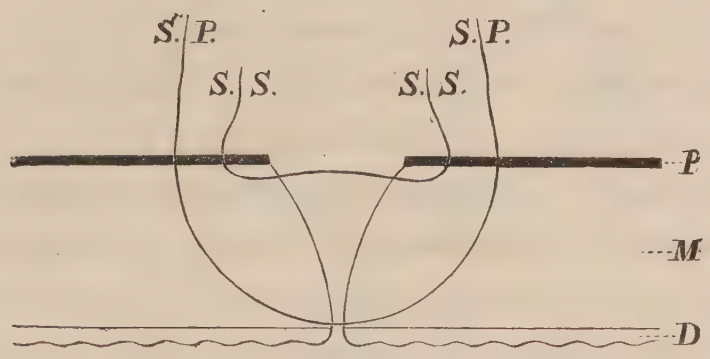


Fig. 7.

Fino a questo momento in Francia non si era avuto alcun contributo allo studio della tecnica del taglio cesareo conservatore in conformità dei progressi che si erano fatti in questa quistione. A colmare tale lacuna si accinse il Porak con una specie di rivista critica sui vari processi di sutura uterina, in cui sulla scorta degli scritti del Sänger, del Kehrer, del Leopold e del Beumer intese di additare ai suoi connazionali la via dei positivi miglioramenti dell'operazione cesarea classica (1). In tutto ciò che il Porak consigliò riguardo alla tecnica della sutura uterina nulla vi fu di diverso in confronto di quanto avevano prescritto coloro che aveanlo preceduto in questo studio, ad eccezione delle norme assegnate per l'apposizione delle suture superficiali. « Queste, egli disse, sono suture di sicurezza; esse hanno sopratutto per iscopo di affrontare la sierosa; le stesse non debbono abbracciare che la metà della spessezza della parete uterina.»

(1) Des sutures de l'utérus pendant l'opération césarienne. Gazette Hebdomadaire de Med. et Chir., 1884, n. 25, 26, 29 e Sutures of the uterus in caesarean section. Amer. Journ. of med. Sciences, ottobre, 1884.

La quistione di cui ci occupiamo venne portata in quest'anno (Agosto 1884) innanzi al Congresso di Copenaghen. Anche qui, come ad Eisenach, si credè necessario di semplificare sempre più la tecnica operatoria, e il Sänger, il Leopold, il Lazarewitsch (di Karkow) si trovarono d'accordo nell'affermare che si poteva fare a meno della resezione della muscolare (1).

L'anno suddetto si chiuse coll'interessante pubblicazione del Fehling « Sui nuovi metodi del taglio cesareo » (2). In un lavoro precedente (3) l'Autore si era già occupato per incidente della quistione del taglio cesareo secondo il processo del Sänger ed aveva emesso l'opinione che era sufficiente in ogni caso il solo scollamento della sierosa senza la resezione della muscolare. L'omissione di quest'ultima avrebbe impedito l'ulteriore rendersi beante della ferita uterina, in quella che le superficie da portarsi a contatto sarebbero state più regolari, e l'affrontamento di sierosa contro sierosa in superficie avrebbe potuto essere conseguito egualmente bene per la facilità di scollare ed introflettere il peritoneo in virtù della sua disposizione a pieghe sull'utero puerperale (M. Duncan) (4). Nel presente lavoro il Fehling dopo di avere insistito sugli stessi argomenti per combattere l'uso della resezione della muscolare, ci diede notizia di una modifica da lui arrecata al processo del Sänger in un caso di taglio cesareo *ante mortem* (operazione in data 4 Giugno 1884), inspi-

(1) Sänger. Verhandlungen des internazionalen medicinischen Congresses in Kopenhagen 1884. — Arch. f. Gynäk., Bd. XXIV, Hft. 2.

(2) Ueber neuere Kaiserschnitt-Methoden. — Volkmann's Sammlung Klinischer Vorträge N. 248. Decembre 1884.

(3) Ein Kaiserschnitt nach Porro bei Osteomalacie mit günstigem Ausgange. — Arch. f. Gynäk., Bd. XX, Hft. 3.

(4) Arch. f. Gynäk., Bd. VI, pag. 425 e seg.

randosi ai principii suaccennati. Scollata la sierosa su ambo i lati per la estensione di 2 ctm. (Fig. 8, *a a*),

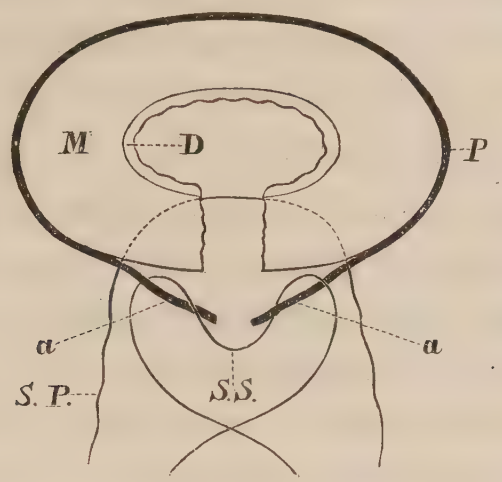


Fig. 8.

egli applicò le suture profonde con filo di seta abbraccianti ampiamente le margini della sierosa attraverso tutto lo spessore della parete uterina ad esclusione della decidua (1) (Fig. 8 e 9, *S P. S P*) e suturò poi le lamine peritoneali scollate anche con filo di seta dopo di averle ripiegate in dentro il più che fu possibile alla maniera di Lembert, cioè trapassandole con l'ago in due punti per ciascun lato (Fig. 8, *S S* e Fig. 9, *a a* e *S S*).

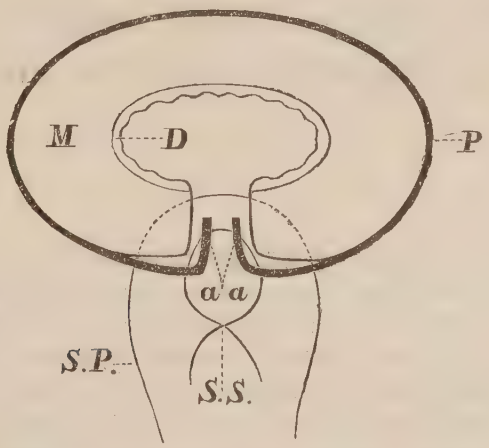


Fig. 9 (2).

(1) A dire il vero le suture profonde furono passate attraverso tutto lo spessore della parete uterina come l'Autore stesso ebbe a dimostrare sul preparato dell' utero dell'operata alla 57 Riunione de' Naturalisti e Medici Tedeschi tenutasi a Magdeburg (Centralb. für Gynäk., 1884, p. 658-59) e non soltanto attraverso la sierosa e la muscolare, come è detto in questa monografia.

(2) La figura corrispondente del lavoro Fehling (Fig. IV) è inesatta, perchè le suture siero-sierose a superficie di taglio portate a contatto non vengono a giacere nello spessore della muscolare, ma tra lo strato sieroso ed il muscolare, particolarità che si rileva chiaramente dalla Fig. 8 (*S S*).

La operata morì dopo 14 ore. All' autopsia il peritoneo fu trovato adeso e tutto il rimanente della ferita a giusto contatto senza coaguli tra le margini. « Questo caso dimostrò, « secondo l'Autore, che il processo Sänger modificato, vale « a dire il semplice scollamento della sierosa con ripiega- « mento di questa tra le superficie di taglio era sufficiente « per conseguire la riunione sicura della ferita del- « l' utero » (1). In seguito a tale favorevole resultato ottenuto coll' uso della sutura uterina, fu profondamente scossa la fede del Fehling nel metodo Porro come in una operazione di necessità da praticarsi in ogni caso di taglio cesareo, e ciò apparve manifesto dal brano seguente con cui l'Autore pose termine alla narrazione del caso suddetto: « Nei tempi che corrono è da aspettarsi con certezza » che noi nella via intrapresa faremo ancora più signifi- « canti progressi e che ci saranno additati metodi migliori « i quali accoppieranno l' ideale della maggiore possibile « sicurezza dell' esito con la conservazione dell' organo. »

Degna senza dubbio di essere rilevata è la pratica adoperata la prima volta, se mal non ci apponiamo, dal Jewett in un' operazione praticata il 26 Dicembre 1883 e comunicata il 26 Febbraio 1885 alla società Medica du Comté de Kings (2), la quale consistè nell' impolverare di jodoformio la superficie interna dell' utero prima di

(1) Questa variante al processo Sänger deve designarsi secondo il Sänger col nome di variante Van Aubel-Fehling. Il processo di sutura uterina proposto da Van Aubel (1862) consiste nello scollare il peritoneo su ambo i lati della ferita per l'estensione di $^1/_2$ pollice insieme con un sottile strato della sottostante muscolare e nel suturare in seguito i due lembi peritoneali dissecati con la sutura intestinale di Gely. Il Fehling si servì del processo di sutura intestinale di Lembert che si propone al pari di quelle di Gely di affrontare sierosa contro sierosa in superficie, ed in sostanza non ne differisce gran fatto (nel primo i due punti in cui è attraversata la sierosa vengono a stare su di una linea perpendicolare al decorso dell' incisione, nel secondo su di una linea parallela alla medesima, a parte di altre lievi differenze) e vi aggiunse la sutura dello strato muscolare.

(2) A Case of Caesarean Section. — Ney-York med. Journ., 29 Agosto 1885.

procedere alla sutura, a fine di disinfettarla il più accuratamente possibile.

Posteriormente, e senza sapere di questo caso del Jewett, la maggior parte degli operatori si servirono (e si servono tuttavia) del jodoformio per lo stesso scopo, spolverandolo (Leopold ed A.) e stropicciandolo sulla superficie interna del corpo dell'utero e del canale cervicale (Sänger, Zweifel ecc....), spolverandolo sulle superficie di taglio (Chiara ed A.) e sulla linea di sutura (Sänger ed A.).

(*Continua*).

CASISTICA.

Fibroma della parete anteriore dell'utero. Mezzi tentati per arrestare le metrorragie. Metodo del Dott. Apostoli contro il fibroma. Insuccesso. Guarigione colla ignipuntura.

Sembrava che il metodo di cura dei tumori fibrosi dell'utero col mezzo della elettricità galvanica come è stato proposto e messo in pratica dal Dott. Apostoli di Parigi dovesse esser destinato ad un grande avvenire, tenuto conto specialmente dei resultati ottimi che detto Autore avrebbe ottenuto. Egli, come risulta dalle sue interessanti comunicazioni, intende valersi dell'azione chimica della elettricità continua indipendentemente da ogni influenza termica. Facendo passare delle correnti continue di molta intensità attraverso l'utero, va ad interessare direttamente la muccosa uterina, non solo per provocare la caduta di essa, ma per produrre un'escara più o meno profonda, dura e secca che deve condurre poi ad una cicatrice retrattile. In tal modo si può avere l'arresto delle metrorragie e poi una esfoliazione salutare e riparatrice della muccosa uterina; in seguito la regressione e la denutrizione dei fibromi.

Varii clinici sperimentarono quel metodo, però non sembra che per tutti esso abbia corrisposto all'aspettativa, e più in qua e più in là sono stati notati degli insuccessi con gravi conseguenze anchè per alcune ammalate.

Non per tanto incoraggiati dai buoni risultati del Dott. Apostoli, non si potè omettere di provare quel metodo anche nella Clinica Ginecologica di Firenze; e in questo intento furono scelti alcuni di quei casi di fibroma uterino, che meglio sembravano adattarsi alla cura.

Dalla storia che segue si vedrà come si usassero tutte le maggiori cautele possibili e come si stesse attaccati alle regole dettate dal Dott. Apostoli. Ma disgraziatamente si ebbe a notare un insuccesso. Si vedrà anche come un rimedio energico, quale la ignipuntura del collo e in parte del corpo uterino, portasse rapidamente quei vantaggi, che si speravano dall'altra cura più difficile, più lunga e più molesta per la inferma.

Il 5 Febbraio dell'anno 1888 fu accolta nella Clinica Ginecologica di Firenze certa Teresa Balassini, di 45 anni, vedova da varii anni, di condizione attendente a casa. Condusse sempre una vita assai strapazzata, e qualche volta il suo nutrimento se fu sufficiente per quantità, non fu tale per la qualità. Ebbe la 1ª mestruazione a 14 anni senza sofferenza alcuna, perdette però molto sangue e per varii giorni, dopo i quali si stabilì una lieve leucorrea che ora più ora meno si ripetè sempre a ciascuna epoca catameniale. Le susseguenti mestruazioni fino al Luglio del 1887 furono regolari per il periodo di ritorno, la durata, e la qualità; sempre abbondanti; qualche volta accompagnate da dolore. Ebbe 4 gravidanze, tutte condotte a termine, tre delle quali con parto e puerperio fisiologici, una, che fu l'ultima, avvenuta il 7 Febbraio del 1872, terminò con parto spontaneo, seguìto però da notevole metrorragia: il puerperio successivo decorse febbrile per circa 20 giorni.

Lo stato abituale di salute della donna fu sempre buono: sofferse solo di vaiuolo nella prima infanzia, e di

emicrania molto intensa per due o tre volte in tutto il corso della sua vita.

Riguardo all'anamnesi recente, la Balassini raccontava che nel mese di Luglio dell'anno 1887, senza una causa apprezzabile, ebbe una mestruazione più abbondante del solito accompagnata da qualche dolore. Continuò uno stillicidio di sangue dai genitali per tutto il mese. Nell'Agosto la mestruazione fu normale, ma nel Settembre ricominciarono le perdite di sangue che durarono, fino al 20 Novembre. Nel Dicembre le cose procedettero regolarmente; nel Gennaio di nuovo mestruazione abbondantissima seguìta poi da perdite, non molto notevoli, ma che durarono per tutto il tempo fino a che la donna non venne accolta in Clinica. Durante le perdite la donna era molestata da dolori ora più ora meno forti, al quadrante inferiore di destra.

Aveva dolore alla regione lombo-sacrale, ma non intenso nè continuo; soffriva molto spesso di cefalea accompagnata da molti altri turbamenti del sistema nervoso, come insonnia, disappetenza, vomiti, vertigini, e senso di oppressione. Ebbe sempre stitichezza di ventre. Diceva di essere dimagrata moltissimo nel corso di pochi mesi; e infatti l'aspetto della donna era assai macilento e di persona che soffre: scarsissimo era il pannicolo adiposo, e le masse muscolari molto flaccide.

All'esame dell'addome non fu trovato alcunchè di notevole. I genitali esterni erano normali di pluripara. Al riscontro vaginale si sentiva una vagina liscia, discretamente ampia; nel fornice di sinistra esisteva una briglia residuale di parametrite; il collo grosso e molliccio era in retroflessione; il corpo in leggiera antiversione era pure grosso, e sulla parete anteriore si avvertiva una protuberanza grossa quanto una noce. Collo speculum si vedeva il collo uterino grosso, congestionato con molte

granulazioni intorno all'orifizio. Essendo ancora in corso la mestruazione, colava dall'orificio uterino una discreta quantità di sangue. L'isterometro penetrava in cavità per centimetri 9 e mezzo.

Da tutti questi dati fu fatta diagnosi di *Fibroma della parete anteriore, con cervico-metrite follicolare e turbe nervose.*

Aspettando che cessasse il periodo mestruale per fare qualcosa, la donna fu sottoposta ad una energica cura ricostituente con amaro-tonici, preparati ferruginosi e arsenicali.

La Balassini soffriva fino dal giorno della sua entrata in Clinica di fortissimi dolori ai quadranti inferiori, che non cedevano affatto o per poco agli oppiacei somministrati per via interna e ipodermica. Al 14 Febbraio durava ancora la perdita del sangue per cui fu praticata una iniezione uterina di tintura di Jodo, e furono introdotti varii tamponi. I dolori non si esagerarono molto, e la quantita di sangue diminuì un poco; ma seguitando ancora la perdita, il dì 16 Febbraio fu praticata un'altra iniezione intrauterina di Tintura Jodica. I dolori andarono gradatamente scemando fino al 20 Febbraio; continuò sempre la perdita sanguigna e la donna fu anche tormentata da molti disturbi nervosi. Il giorno 20 fu fatta la isterostomatotomia e applicato un grosso tampone alla resorcina. I dolori cessarono affatto; non cessò il sangue, perciò due giorni dopo fu tentato anche la introduzione di un cilindro di laminaria nella cavità cervicale. La paziente stette assai bene il giorno seguente; il giorno dipoi, cioè il 24, perdette molto sangue: fu allora ripetuta un'altra iniezione intrauterina di Tintura d'Jodo, che anche per questa volta non portò l'effetto sperato.

La mattina del 26 fu introdotto nella cavità cervicale un altro cilindro di laminaria; fu tolto alla sera, fu

fatta una lavanda intrauterina calda, con soluzione di Deutocloruro di Mercurio al mezzo per mille, e quindi si fece una nuova isterostomatotomia, praticando però questa volta un taglio sulla parete anteriore e l'altro sulla posteriore. Si mantenne fino al giorno dopo abbondante lo stillicidio di sangue; dopo andò man mano a diminuire fino a scomparire del tutto. Ritornarono però abbastanza vivi i dolori ai quadranti inferiori dell'addome ed ora più ora meno, dando però qualche giorno di tregua, si mantennero per vario tempo.

Essendo già incominciato a sperimentarsi nella Sezione Ginecologica il metodo di cura elettrica dei fibromi uterini del Dott. Apostoli, fu deciso di sottoporre anche la paziente in questione a tale cura. Il 14 di Febbraio, giorno in cui la donna non perdeva più sangue, ma era tormentata dai soliti dolori, fu tenuta la prima seduta.

La sonda da introdursi dentro l'utero per la via della vagina è uguale ad un isterometro ordinario di Huguier, tanto per la forma che per le dimensioni; però l'asticella è composta di platino, perchè non venga attaccata dagli acidi. La lunghezza può esser variata a seconda dei casi, potendosi fare alzare e abbassare dentro al manico forato in tutta la sua lunghezza. Al centro dello strumento, vicino alla vite che fissa la sonda, vi ha un foro nel quale si infigge la estremità dell'elettrodo. L'asta metallica è rivestita da una cannula scorrevole di caoutchouc, lunga circa 10 centimetri, destinata a proteggere la vagina dalle cauterizzazioni. La parte scoperta della sonda, che si può far variare a piacere, deve penetrare addirittura dentro la cavità uterina.

L'apparecchio elettrico consisteva in una batteria di 24 pile Leclanché, in un amperometro ed in un reostato di Gaiffe per misurare ed aumentare o diminuire a volontà, gradatamente, senza scosse la intensità della cor-

rente. Il polo negativo terminava in una placca metallica da applicarsi sul ventre con interposto uno strato di argilla speciale; l'altro polo, come si è detto, terminava nell'isterometro o isteroforo che dir si voglia.

Tutti questi strumenti erano stati fatti venire espressamente da Parigi onde metterci precisamente nelle stesse condizioni del Dott. Apostoli.

L'argilla usata era la così detta terra gialla di Siena, contenente molto metallo, per cui buona conduttrice di elettricità. Con questa veniva foggiata una specie di schiacciata di forma rettangolare, con 30 ctm. di lato massimo e uno spessore di circa un ctm. e mezzo: si rinvoltava in un velo a larghe maglie e si manteneva umida per tutta la seduta. Questo strato ha l'ufficio di aumentare la superficie del polo negativo, e così renderlo quasi inattivo o indifferente, evitando gli effetti caustici che si avrebbero per correnti intense come quelle di 100 milliampères e più.

Preparato tutto l'apparecchio e ridotto a 0 il galvanometro, la donna fu messa sulla sedia ginecologica, nella posizione ordinaria, togliendo qualunque impiccio e raccomandando di lasciare i muscoli in completo riposo e di respirare liberamente.

Fu applicata rapidamente sul ventre la pasta di argilla, evitando che toccasse le coscie ed i peli del pube. Sopra fu messa e tenuta fissa da un assistente la placca metallica del polo negativo.

Le prime volte fu introdotto l'apice dello strumento dentro all'utero sulla guida del dito esploratore. Però nonostante la disinfezione accurata dell'isterometro, della vagina e delle mani, essendo avvenuto in qualche altro caso in esperimento in Clinica, un elevamento di temperatura dopo la seduta elettrica, per ottenere una migliore disinfezione della vagina ed una più facile introduzione dell'isterometro, nelle sedute consecutive si intro-

dusse questo istrumento dopo avere applicato lo speculum ed aver fatto un'abbondante irrigazione. Messa al posto la sonda disinfettata ed unta con vaselina al sublimato corrosivo, si toglieva lo speculum, e resi sicuri che la vagina era ben protetta dalla guaina di cautchouc, gradatamente veniva aperto il circuito.

Nella prima seduta la corrente fu portata fino a 20 milliampères e non fu possibile andare oltre a causa delle gravi sofferenze accusate dalla donna. La seduta durò per 10 minuti primi e fu interrotta riducendo gradatamente la corrente a 0.

I dolori al ventre e alla cintura pelvica continuarono, anzi subirono un'esacerbazione. Il 18 fu ripetuta la seduta portando la corrente a 80 milliampères per circa 5 minuti solamente, non potendo la donna più oltre tollerarla.

Il dì 20 si iniziò la mestruazione; non fu tanto dolorosa come le precedenti, però molto abbondante e durò fino al 26 Marzo. Le sofferenze della donna erano notevolmente diminuite.

Al 29 Marzo fu fatta la terza applicazione elettrica portando la corrente a 100 milliampères per la durata di 8 minuti primi. Anche questa fu molto mal tollerata ed oltre ai primitivi dolori, se ne svegliò un altro assai intenso alla regione iliaca destra e che si irradiava anche all'arto inferiore corrispondente.

1° Aprile. Quarta applicazione con 140 milliampères per 7 minuti. Molte sofferenze durante la seduta, minori però nei giorni successivi.

5 Aprile. Quinta applicazione con 120 milliampères per 8 minuti. Risveglio di dolori intensi specialmente alla regione lombare.

8 Aprile. Sesta applicazione con soli 45 milliampères a causa della intolleranza della donna, per 10 minuti.

12 Aprile. Settima applicazione con 120 milliampères per 10 minuti.

Il giorno dopo coi soliti dolori ricominciò perdita di sangue dai genitali in quantità notevole. Le sofferenze si fecero ancora più gravi, l' utero era notevolmente cresciuto ed oltrepassava di due dita trasverse l'arco del pube. Alla esplorazione si sentivano collo e corpo notevolmente aumentati di volume, il fibroma della parete anteriore pure aumentato, fornici laterali resistenti e dolentissimi alla pressione.

Fu deciso per questo d'interrompere la cura intrapresa e di sottoporre la donna ad un assoluto riposo, praticando quelle cure, che si sogliono nelle metriti e parametriti acute.

Lo stillicidio di sangue dall'utero durò molti giorni, e molto ancora si prolungarono i dolori ai quadranti inferiori dell'addome e alla cintura pelvica.

Scomparsi affatto i segni della parametrite al 4 Maggio fu fatto l'esame ginecologico della malata. Collo e corpo uterino erano sempre grossi, congesti; l'orificio beante; i fornici liberi; l'isterometro penetrava per 10 ctm.

Fu praticata la ignipuntura del collo col termocauterio del Paquelin e furono fatte sei punture, due delle quali sul labbro anteriore profondissime. Dai fori praticati sul labbro posteriore gemette una sostanza viscida, purulenta, di colore grigiastro.

Continuarono i dolori; il 7 di Maggio vi fu leggiero rialzo termico. Esaminando il collo dell' utero, furono distaccate alcune escare molli e la superficie del collo lavata con una soluzione di bicloruro di Mercurio (1 su 1000). La febbre scomparve il giorno seguente. Vi fu tosto una vera iperinvoluzione di tutto l' utero. Diminuì rapidamente in tutti i suoi diametri e contemporaneamente scomparvero le sofferenze della donna. Le condizioni generali andarono

migliorando e la Balassini partì al 27 di Maggio si può dire completamente guarita.

Alla visita di congedo fu notato colla esplorazione l'utero molto piccolo, mobile, collo raccorciato, un po' irregolare; fornici liberi, un po' sempre dolente il punto nevralgico del Malgaigne. Collo speculum si vedeva la cervice uterina di colorito normale, irregolare, per la precedente ignipuntura; qualche piccola granulazione sull'orificio esterno. L'isterometro dava una misura di 5 ctm. e mezzo.

G. Gelli.

RIVISTA

I microorganismi nel canale genitale della donna sana. WINTER. (*Zeitsch. f. Geburth. und Gyn.*, Bd. XIV., n, 2).

Dopochè in questi ultimi tempi si è constatata la presenza di microrganismi nelle diverse cavità del corpo, è sommamente interessante sapere se anche nel canale genitale della donna sana abbiano consueta dimora de' microrganismi patogeni. Sappiamo infatti che nella donna tale canale comunica liberamente, per mezzo di due aperture, colla cavità addominale, la quale è noto quanto facilmente sia suscettibile alle cause di infezione. Pel canale genitale, quindi, l'aria atmosferica co' suoi microrganismi trova una via di relazione diretta colla cavità peritoneale, nella quale sicuramente, nell'individuo sano, non si contengono microrganismi patogeni. È dunque molto importante, per la genesi e per la profilassi delle malattie d'infezione, conoscere fin dove i microrganismi dell'aria possano penetrare nel canale genitale sano, quale parte di esso contenga ordinariamente bacterii, quale ne sia libera.

Gli studii fatti fino ad ora intorno a questo proposito, specialmente per opera di Fränkel, Künster, Lomer, Gonner, non hanno dato risultati assolutamente decisivi. L'A. incoraggiato e consigliato dal suo maestro Schröder, ha intrapreso una serie di ricerche scientifiche per spiegare i seguenti due quesiti:

1°. In quale sezione del canale genitale della donna sana si trovano microrganismi?

2°. Nel canale genitale della donna sana esistono anche microrganismi patogeni?

Le osservazioni dell'A. sono state fatte costantemente sopra materiale affatto fresco. Il secreto della cervice e della vagina fu tolto direttamente da donne vive e sane, mentre il contenuto delle tube e dell'utero fu procurato dagli organi freschi tolti fuori mediante l'operazione. Questo modo di procedere spiega la diversità de' resultati avuti dall'A. da quelli di Fränkel, il quale praticò i suoi esami sopra le tube estratte da cadaveri, e nelle quali molto probabilmente hanno potuto svilupparsi i microrganismi della putrefazione. Inoltre il Winter ha messo in opera tutte

quelle cautele e riguardi, nel raccogliere il materiale d'osservazione, i quali si esigono dalla scienza per ottenere con certezza delle preparazioni pure. Di più, l'A. non si è accontentato del semplice esame microscopico, ma ha praticato anche colture su diversa scala, di microrganismi, e ne ha provate le proprietà con inoculazioni in animali.

Esame delle trombe. — L'A. ha fatto le sue ricerche sopra 40 trombe, tolte da 31 donne operate di ovariotomie, miomotomie ec. Orbene 29 di queste tube si dimostrarono completamente libere di microrganismi, mentre in 11 si poterono sviluppare delle colture. Però in 5 di questi 11 casi, la presenza di microrganismi fu dovuta sicuramente a circostanze esterne che resero impura la preparazione. Gli altri 6 casi di culture riuscite positive, furono difficili a spiegarsi con cause esterne: ma l'A. ha ragione di credere che tali microrganismi provenivano dall'utero per cause speciali di ogni singolo caso. Ad ogni modo l'A. è condotto ad ammettere che la tromba sana non contiene nessun microrganismo in tutto il suo percorso.

Esame dell'utero. — Le osservazioni furono fatte sopra 30 uteri, tolti da donne operate di miomotomie, di estirpazioni totali, sezioni ecc. L'esame fu fatto 13 volte nella cavità del corpo, 13 nella stessa cavità in prossimità dell'orificio interno e 4 nel corpo in prossimità del punto di amputazione. Nella cavità del fondo dell'utero non si trovarono microrganismi in 22 uteri. In 8 casi si potè constatare la presenza. Nella parte più bassa del corpo, e in vicinanza del punto di amputazione si ebbe in 3 casi lo stesso risultato che nel fondo del medesimo utero. Una volta soltanto si trovarono microrganismi in basso, mentre in alto la cavità era libera. In prossimità dell'orificio interno non si trovarono microrganismi in 6 casi, in altri 7 casi si trovarono organismi in gran numero. In 4 di questi ultimi 7 casi, il corpo dell'utero non conteneva microrganismi: negli altri 3 casi si trovarono anche nel corpo.

Pertanto si può ammettere che la cavità dell'utero sano non contiene microrganismi. Nel territorio dell'orificio uterino interno, non esistono microrganismi nella metà de' casi. L'A. è indotto, inoltre, a credere che i microrganismi che si riscontrarono nella cavità dell'utero sono penetrati fin là mediante mezzi di trasporto, come per esempio la sonda.

Esame della cervice. — Le osservazioni furono fatte sopra dieci donne gravide a diversa epoca, e sopra altre dieci non gra-

vide e fra queste era compresa una vergine non mai stata esaminata. In ogni caso il secreto del collo conteneva microrganismi in quantità. Questi, e specialmente le forme di bacilli, erano considerevolmente più abbondanti nello stato di gravidanza.

Anche nella vagina si trovarono microrganismi costantemente.

I risultati di tutti questi esami si possono riassumere in queste conclusioni: il canale genitale della donna sana contiene microrganismi nella vagina e nella cervice, mentre l'utero e le trombe ne sono privi. Il confine fra le parti contenenti bacterii e quelle che ne sono prive è allo incirca il territorio dell'orificio uterino interno.

Ma più importante è di sapere se nel canale genitale della donna sana si contengono microrganismi patogeni. Le ricerche dell'A. a questo scopo hanno portato a questi resultati. In quelle porzioni del canale genitale che si videro contenere bacterii egli riscontrò organismi patogeni, e singolarmente varie specie di cocchi. Uno di questi egli ha ragione di ritenere per lo *staphylococcus piogenes albus* e ne ha constatata la presenza in circa la metà dei casi. Inoltre egli ha ritrovato 4 volte lo *staphylococcus piogenes aureus:* una volta lo *staphylococcus piog. citreus,* e 3 volte degli streptococchi. Le ragioni per le quali l'A. è condotto a ritenere tali microrganismi realmente per stafilococchi si fondano specialmente sui loro caratteri e sul loro modo di comportarsi nelle culture, e per lo *staphylococcus aureus* e *citreus*, inoltre, il loro pigmento caratteristico.

Per constatarne più sicuramente la identità e provarne nello stesso tempo la virulenza, il Winter ha praticato delle inoculazioni in diverse specie di animali, ma tutte rimasero senza resultato. Nonostante egli spiega questo resultato negativo ammettendo che tali microrganismi si trovino in uno stato di attenuata virulenza.

Molte ed importanti sono le conseguenze pratiche che l'A. ricava dalle sue osservazioni in rapporto massime all'asepsi e antisepsi nelle operazioni Ginecologiche. Già prima di tutto esiste un certo numero di fatti clinici i quali tendono a confermare la esattezza delle conclusioni a cui è arrivato il Winter. L'essere le trombe prive di microrganismi spiega perchè nelle ovariotomie p. es., le si possano tagliare dentro la cavità addominale senza cattive conseguenze; e la loro apertura si è abituati a considerare come un accidente di nessuna importanza. Mentre al contrario l'apertura di trombe affette da gonorrea o da infezione puerperale o tuber-

colare, conduce il più delle volte ad una peritonite mortale. Dal lato dell'utero, poi, si sa che vi è una differenza fra il modo di comportarsi della sezione superiore di esso e la inferiore, in riguardo alla probabilità di infezione. Se porzioni di membrana dell'ovo o di placenta s'arrestano nelle parti più alte dell'utero, benchè siano un materiale eminentemente favorevole ad essere infetto, pure possono rimanere là per lo spazio di settimane intere senza corrompersi, mentre se raggiungono il collo o la vagina, presto incominciano a putrefarsi. Ancora: le neoformazioni che vanno mortificandosi, come i miomi, i polipi cancrenosi, il carcinoma ulcerativo, presto vanno incontro alla putrefazione se sono in vagina o nel collo, mentre nell'utero avviene in essi solo una necrosi asettica, senza nessuna infezione.

Ora, il pericolo maggiore di portare l'infezione dentro all'utero sta nell'uso del dito o di istrumenti, e specialmente della sonda uterina, i quali per arrivare alla parte alta dell'utero devono attraversare la vagina ed il collo, e così meccanicamente, trascinano con la loro estremità i microrganismi fin là. E nel caso in cui l'A. ha constatata la presenza di microrganismi nella parte alta dell'utero, egli crede che tale presenza fosse dovuta nella maggior parte appunto all'uso fatto precedentemente della sonda uterina. Per conseguenza dunque la prognosi stessa della miomotomia sarà variabile secondo che fu praticata innanzi la sondatura. Se infatti con questa abbiamo portato de' microrganismi molto in alto, la sezione dell'utero cadrà in un punto non più libero da microrganismi e questi potranno giungere nella cavità peritoneale e anche potranno essere la causa di una infezione secondaria.

Nelle operazioni che importano l'apertura della cavità, già l'Hofmeier aveva detto che tale apertura portava nei resultati finali una prognosi più sfavorevole (15 per 100) di quella che si ha nei casi in cui tale apertura non si è praticata (5 per 100). Bisogna invece ritenere che l'apertura della cavità uterina non ha influenza per sè stessa sulla prognosi dal momento che nella cavità non esistono bacterii patogeni — ma la prognosi si fa grave quando precedentemente all'atto operatorio si è praticata la sondatura. Queste deduzioni pratiche sopra le operazioni dell'utero furono tirate dallo Schröder sulla base dei resultati sopraesposti. Egli inoltre restringeva l'uso della sonda, o di qualunque altro mezzo di trasporto simile solamente a quei casi in cui fosse assolutamente necessario, e aveva cura di disinfettare accuratamente non solo lo strumento, ma anche la vagina e il canal cervicale.

Winter fa inoltre rimarcare i pericoli che derivano dalla pratica che è in uso in Ostetricia per provocare il parto prematuro. Comunemente si introduce la candeletta nella cavità uterina disinfettando solamente tale istrumento senza curarsi della vagina e del collo da cui possono essere trasportati in su i microrganismi e produrre poscia infezione.

Anche buon numero di aborti seguìti da processo infettivo, si devono attribuire all'avere usato il dito nel togliere l'ovo o i resti di questo, senza disinfettare la vagina ed il collo. In qualunque operazione, poi, che si vuol praticare sul collo o sulla vagina si deve bene ricordare che si opera sopra un tessuto in cui esistono microrganismi patogeni, e per conseguenza dove è maggiore il pericolo della infezione. Disinfezione energica, dunque, di queste cavità, tutte le volte che su di esse dobbiamo portare il nostro coltello.

I risultati batteriologici ottenuti dal Winter hanno ancora molta importanza pratica dal punto di vista ostetrico. E in special modo la questione messa innanzi dall'Hahlfeld, se è possibile la autoinfezione dopo il parto, senzachè, cioè, la infezione sia portata dallo esterno, viene, secondo l'Autore, rivolta in questo senso: che nella donna sana esistono le condizioni per ammetter come possibile la autoinfezione , dal momento che nel collo e in vagina si riscontrano microrganismi patogeni, e singolarmente varie specie di stafilococchi e streptococchi che pare abbiano la massima importanza nella patogenesi della febbre puerperale. Si sa, poi, che tali microrganismi venendo in contatto di tessuti mortificati o in altro modo alterati, e quindi offrenti una minore resistenza, possono acquistare tutta la loro virulenza ed esser causa di infezione. Però, mentre l'Hahlfeld ammetteva che l'origine di tale autoinfezione fosse nella cavità uterina, invece, secondo l'A., tale sorgente sarebbe sopratutto nel collo e nella vagina. Non basteranno adunque, nel parto le semplici irrigazioni vaginali, specialmente se avremo aumentati i pericoli della infezione coll'introdurre il dito o la mano per qualche operazione, ma dovremo energicamente disinfettare anche la cavità del collo.

A nessuno sarà sfuggita la importanza di questo lavoro del Winter di cui le conclusioni fondate sopra pazienti ed esatte indagini gettano tanta luce sopra la genesi di varii processi infettivi, e meritano, quindi, d'essere bene tenuti in conto dagli specialisti nella loro pratica. Ed è perciò che ho fiducia che questo largo sunto che ho voluto dare del lavoro non sarà per riuscire affatto inutile nè sterile di resultati. G. Arcelaschi.

Sedici isterectomie addominali. — Riflessioni a proposito di 60 casi di fibromi uterini. TERILLON (*Annales de Gynécologie*).

L'autore ha potuto fare oggetto de' suoi studi 76 donne: — in 16 di queste fu fatta l'estirpazione di fibromi uterini o Isterectomia addominale — in 6 delle ovaia e delle trombe per emorragie gravi — 48 sono state curate medicalmente e vivono tuttora. In ultimo, ed insiste su questo fatto che per lui ha una grande importanza, bisogna aggiungere che sopra 76 malate sei sono morte per la presenza del fibroma o per gli accidenti di cui è causa.

Su 16 operate, 5 sono morte. Narrati dottamente i 16 casi oggetto di operazione, parlato brevemente tanto di quei 48 casi curati medicalmente e dei 6 in cui era avvenuta la morte per la presenza di un fibroma tira le seguenti conclusioni:

1°. I fibromi dell'utero costituiscono in certi casi un'affezione grave per il loro volume e per le complicazioni che ne sono il risultato, per le emorragie continue e spesso mortali a cui danno luogo, infine per altri accidenti quali la flebite, la albuminuria, la necrobiosi del tumore, la setticemia ecc.

2°. La morte è spesso conseguenza del tumore. In alcuni casi questi sono causa di infermità dolorosissime e sovente insopportabili specialmente in quelle donne che hanno bisogno di lavorare per vivere.

3°. Allorquando i fibromi uterini presentano le condizioni suesposte e producono dei seri accidenti, è necessario di agire sovra di essi chirurgicamente (ma specialmente quando è riuscito vano qualunque trattamento medico) sia con la castrazione sia con l'isterectomia addominale; esclusi da questa serie, ben s'intende, i fibromi accessibili per la vagina.

4°. L'isterectomia addominale è un'operazione grave che dà in media una mortalità del 30 per 100 quando si hanno dinanzi dei tumori voluminosi. Tale è il resultato medio delle statistiche pubblicate fino ad oggi.

5°. L'ablazione degli ovai e delle trombe dà degli eccellenti risultati in casi di fibromi addominali di piccolo e medio volume che sono cagione di gravi emorragie. In ogni modo in questi casi essa deve essere preferita all'isterectomia perchè è molto meno dannosa.

Sapone antisettico.

Il Dott. Hélot ha presentato alla Società di Medicina di Rouen

una pasta di sapone antisettico da raccomandarsi ai chirurghi ed agli ostetrici per servire prima e dopo le operazioni.

La formula è la seguente:

Pasta di sapone dei profumieri. . . . . grm. 90
Acido Borico. . . . . » 14

si incorpori meccanicamente.

Gli strumenti come gli speculum possono essere unti con questo sapone.

L'acido borico, eccellente antisettico, non irrita le mani come gli acidi fenico e tinnico. Di più non decompone il sapone come il sublimato corrosivo o altri composti metallici.

Anestesia ostetrica. (*Bulletin médical*).

Secondo il Dott. Stephens di Brighton il migliore anestetico nella pratica ostetrica sarebbe un miscuglio a parti uguali di cloroformio e di alcool al quale si può aggiungere qualche goccia di acqua di Colonia.

AVVISO. Coi tipi della Tipografia Agnelli di Milano, sono stati pubblicati gli *Atti della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia.* Formano due eleganti volumi di circa 800 pagine. Costano L. 15. — Per i Membri della Società costano L. 5. Inviare domande e vaglia al Cassiere della Società, Dott. Emilio Fasola — Firenze Via degli Alfani 60.

Abbiamo ricevuto *La Guida ai bagni — Il Mondo Termale.* Si è pubblicato in questi giorni, una nuova edizione del *Mondo Termale*, Guida descrittiva e medica delle Sorgenti Minerali, agli Stabilimenti Termali e ai Soggiorni estivi.

Quello che rende utile, pel Sanitario, questo libro, sono le *diciassette Tabelle* indicanti le *diverse cure climatico-balneari nelle singole malattie.* In quelle Tabelle il Medico troverà non meno di novanta malattie alle quali fanno riscontro oltre trecento indicazioni.

Questa preziosa Guida, i Medici la riceveranno inviando una lira (in vaglia o in Francobolli) all'Amministrazione del *Mondo Termale*, Via Cappellari, 4. Milano.

PAGARONO LA TASSA DI COOPERAZIONE

i Signori:

Chiara Prof. Domenico; Martinetti Dott. Antonio; Sani Dott. Anatolio; Pasquali Prof. Ercole; Mangiagalli Professor Luigi; Fermi Dott. Medoro.

PAGARONO L'ABBONAMENTO

i Signori:

Dott. Borgialli, Dott. Corvi, Dott. De Petro, Dott. Monzini, Prof. Grassi, Dott. Nicoli, Dott. Calvetti, Dott. Rosciano, Prof. Calderini, Dott. Ulietti, Dottor Sanquirico, Dott. Ficini, Dott. Poli, Dott. De Navasquez, Dott. Bar, Dottor Cordella, Dott. Salvetti, Dott. Fani, Dott. Giannini, Dott. Becherucci, Dottor Cateni, Dott. Lazzeri, Dott. Clivio, Dott. Villa, Dott. La Torre, Dott. Stefanini, Dott. Jouve, Dott. Venturoli, Dott. Villani, Dott. Rocca, Dott. Frascani, Dott. Fontana, Dott. Violani, Dott. Namias, Dott. Montanelli, Dott. Nicolini, Dott. Maugeri, Dott. Ruffo, Dott. Scialpi, Dott. Lopes de Conto, Dott. Rossi, Prof. Tibone, Dott. Bona, Dott. Caruso, Dott. Piccinini, Dott. Mauri, Dott. Bertazzoli, Dott. Caravaggi, Dott. Lazzari, Dott. Candia, Dott. Bolzoni, Dott. Messina, Dott. Boncinelli, Prof. Frari, Dott. Oddi-Baldeschi, Dott. Consalvi. Dottor Sommi.

ANNALI DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

SOMMARIO. — Caruso Dott. Francesco. Il Taglio Cesareo conservatore con sutura dell' utero. Studio storico-casistico-critico. (*Contin.*) *Pag.* 289. Casistica Ostetrica: Frascani Dott. V. *Pag.* 297. — Pasquali Prof. E. Un caso di fissazione dell' utero alla parete addominale. *Pag.* 316. — Rivista. *Pag.* 325-333. — Avvisi. *Pag.* 334. — Elenco dei Cooperatori che pagarono la Tassa. *Pag.* 336. — Nota di Coloro che pagarono l'Abbonamento. *Pag.* 336.

IL TAGLIO CESAREO CONSERVATORE CON SUTURA DELL'UTERO

STUDIO STORICO-CASISTICO-CRITICO

DEL

DOTT. FRANCESCO CARUSO

GIÀ ASSISTENTE ALLA CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA DI NAPOLI

24 SEP 88 LIBRARY

Continuazione V. pag. 241-271. Gennaio del 1888

Cogliendo l'opportunità della narrazione del primo caso di taglio cesareo da lui praticato secondo il suo processo, tornava il Sänger in quest'anno (1885) sulla quistione della tecnica del taglio cesareo conservatore, arrecando alla medesima il contributo di nuovi studi (1).

In questo lavoro l'Autore assegnò norme più precise circa il modo di praticare le incisioni del ventre e dell'utero. Per quella del ventre, ne fissò la lunghezza in media a 16 ctm., in guisa da rimanere per una metà

(1) Neue Beiträge zur Kaiserschnittsfrage. — Arch. f. Gynäk., Bd. XXVI, Hft. 2.

al di sopra e l'altra al di sotto del bellico, o tutto al più per un terzo al di sopra e due terzi al di sotto, e ciò a fine di far corrispondere l'incisione al 3° medio dell'altezza dell' utero. Se si segue la proposta del Müller, l'estremo inferiore dell'incisione sarà più ravvicinato alla sinfisi pubica. — Incisione dell' utero per l'ordinario *in situ*, e, secondo la pratica del Müller, soltanto ne' casi di premorte del feto e di putrefazione dell' uovo (1), longitudinale e nel 3° medio; — trasversale solamente ne' casi di enorme distensione del segmento inferiore. Come si vede, ii Sänger non rigettò assolutamente la incisione alla Kehrer. Il taglio della matrice deve arrestarsi in basso nel punto dove il peritoneo comincia a farsi scorrevole sulla sottostante muscolare per formare il cul di sacco utero-vescicale. Allorchè sia necessario di prolungare la incisione, ciò si farà sempre verso il fondo.

In quanto alla tecnica della sutura uterina il Sänger mantenne la pratica della sutura simperitoneale con affrontamento in superficie delle lamine sierose. Poco prima che l'Autore desse alla luce il presente lavoro, aveva avuto luogo la discussione su di una monografia di A. Martin dal titolo « Sul trattamento del peduncolo dopo la miomotomia » (2) nella quale lo Schröder si era dimostrato contrario alla pratica suddetta, scorgendo nell'epitelio cubico del peritoneo un ostacolo all'adesione delle due lamine sierose, la quale anche quando, pel fatto della sua abrasione, prodotta dalle manovre operative, fosse entrata in giuoco, non si sarebbe mai prodotta così facilmente e completamente come nello affrontamento lineare delle superficie di taglio. Benchè lo Schröder non avesse cercato di dimostrare la inutilità dell'accennata pratica anche nella su-

(1) Questa è anche la condotta raccomandata dal Prof. Chiara. (Vegg. Sani, loc. cit. pag. 100).

(2) Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie zu Berlin. Centralbl. f. Gynäk., 1885, N. 4.

tura dell' utero, era pur tuttavolta evidente che trattandosi dello stesso principio adottato per la sutura uterina, le ragioni dallo stesso addotte contro la sua applicazione nel trattamento del peduncolo nell'amputazione sopra-vaginale dell'utero, valevano del pari contro la sua applicazione nella sintesi della matrice. Epperò il Sänger in base alla predotta discussione si studiò di raffermare sempre più il principio da lui propugnato della sutura simperitoneale. L'avvicinamento delle lamine peritoneali in superficie, fece riflettere, è da preferirsi alla riunione lineare delle medesime; in quest' ultima le lamine peritoneali cercano di ritrarsi e la sutura in esame ne impedisce lo allontanamento; e se più tardi ha luogo un appianamento di questa adesione simperitoneale, rimane però più sicuramente, una completa riunione laddove colla sutura lineare può aversi da principio o conseguitare più tardi una deficienza di tessuto. L' epitelio cubico del peritoneo non si oppone in alcun modo alla sua riunione; le cellule epiteliali si sfaldano durante l'operazione, parte pel raffreddamento, parte per le irritazioni meccaniche prodotte dalle mani, dagli strumenti, dalle spugne; parte infine per l'azione chimica degli antisettici. Il peritoneo denudato si comporta come un tessuto recentato. Se gli stimoli enumerati non bastano a produrre l'aderenza delle lamine peritoneali, questa è molto facile ad ottenersi portando via l'epitelio per mezzo del bisturi. Ma ciò fu ritenuto finora come non necessario, perciocchè la cicatrizzazione *per primam* delle superficie sierose, specie degli organi che non vanno incontro a pressione o a distensione anormali, si verifica senza dubbio, grazie ad una peritonite reattiva. Gli esperimenti fatti dall'Autore a tal uopo sui conigli hanno confermato pienamente questo particolare.

Pertanto le lamine peritoneali non debbono essere ri-

versate in dentro da sostituire le loro superficie a quelle muscolari, ma fino al punto da servire di ricuoprimento delle superficie muscolari già suturate, come è indicato dalla Fig. 10, *a a*, e non come appare dalla Fig. 4 (Leo-

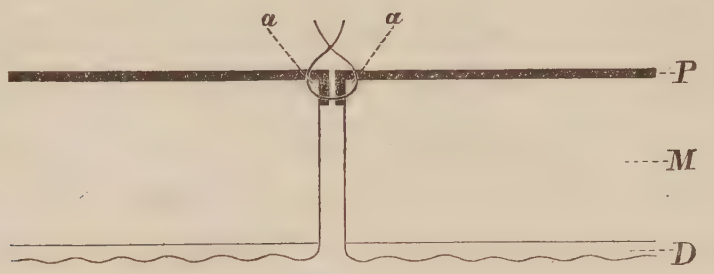


Fig. 10.

pold) e dalla Fig. 9 (Fehling).

L'Autore poi, a fine di trovare il modo migliore di praticare la sutura simperitoneale senza resezione della muscolare istituì sugli uteri di donne morte subito dopo il parto le seguenti esperienze di sutura.

Esperienza I. — La sierosa dell' utero fu presa tra i morsi di una pinzetta e stirata in fuori del margine della ferita. Essa si lasciò stirare per un ctm., assottigliandosi però contemporaneamente. Abbandonata a sè stessa si ritrasse per 6 mm. circa. È da ritenersi che questa retrazione nella vivente sia più accentuata pel fatto che in questa i tessuti conservano integra la loro elasticità.

Colla semplice sutura siero-sierosa attraversando una sola volta le margini per ciascun lato, la introflessione ed il consecutivo affrontamento in superficie delle lamine peritoneali riuscì meno bene che trapassando in due punti per ciascun lato le margini medesime, come nel processo di sutura intestinale di Lembert (Fig. 10).

Esperienza II. — La sierosa venne scollata 1 mm. al di sotto della sua superficie su di un tratto di 5 mm. Così preparata, essa si lasciò stirare insieme con una piccola

parte di sierosa vicina non dissecata per 1 ctm. e più; però il suo assottigliamento fu maggiore che nell'Esp. I. La sutura siero-sierosa, con semplice o doppio attraversamento delle margini introflesse le superficie sierose soltanto un poco di più che nella Esp. I (1).

Esperienza III. — A 3-4 mm. dal margine della ferita e su tutta la sua lunghezza fu incisa la sierosa (Fig. 11, *a a*).

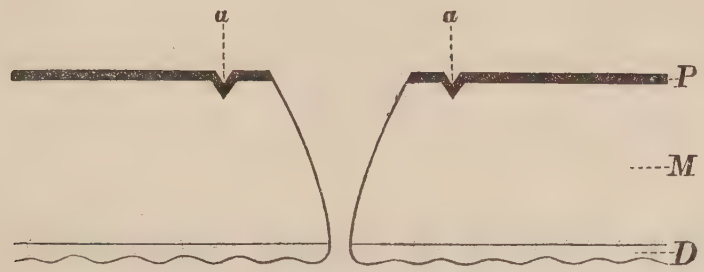


Fig. 11.

Questa in tal modo dissecata si lasciò ripiegare in dentro più facilmente e più estesamente che nelle Esperienze I e II. Venne in seguito suturata facendo penetrare l'ago in fuori del sito della fatta incisione (Fig. 12).

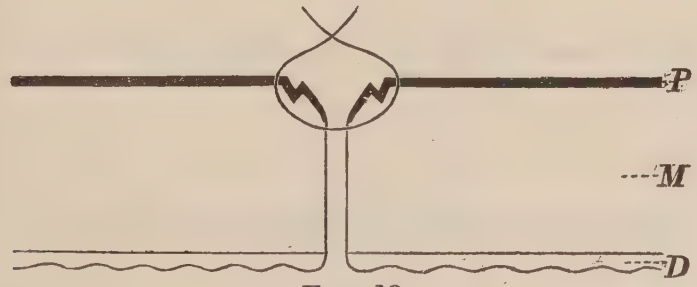


Fig. 12.

(1) Questa modalità di sutura siero-sierosa è affatto analoga a quella adoperata dal Fehling nel suo caso di parto cesareo *ante mortem* innanzi esaminato.

Anche lo Inverardi alla Clinica del Prof. Tibone aveva fatto delle ricerche su di uteri puerperali recenti per vedere se era proprio necessario dissecare il peritoneo e risecare la muscolare per ottenere il combaciamento delle superficie sierose. Nelle quattro esperienze da lui fatte il peritoneo scorse sulla superficie del corpo dell'utero senza previo scollamento, per modo che gli riuscì in tutti i casi possibile di ottenere il rivestimento delle labbra della ferita pel tratto di 1 ctm; scollando poi il peritoneo col manico del bisturi o con una sonda, il medesimo venne a ricuoprire con molta facilità tutta la superficie della ferita fino a raggiungere lo strato deciduale. (Gazzetta delle Cliniche. — Torino, 1886, n. 23 e 25).

Le superficie peritoneali si misero strettamente a contatto, ma il loro affrontamento fu più intimo allorquando furono attraversate due volte dalle suture per ciascun lato (Fig. 13, *a a*, *a' a'*).

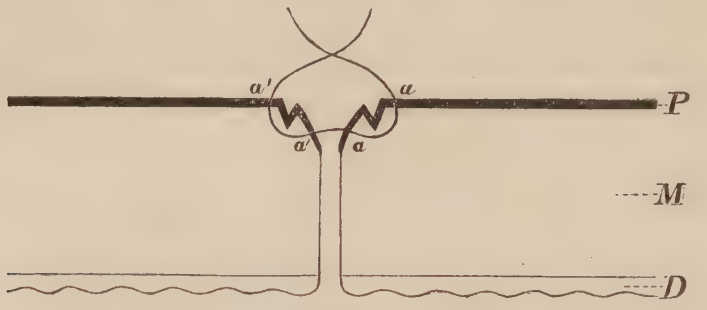


Fig. 13.

A questa variante di sutura siero-sierosa l'Autore diede il nome di « *Umbiegungsnaht*, » e la raccomandò per la sua semplificità (1).

Esperienza IV. — Si provò infine se era possibile praticare la sutura muscolo-muscolare e siero-sierosa con unico filo. Questo venne dapprima condotto nel modo rappresentato dalla Fig. 14.

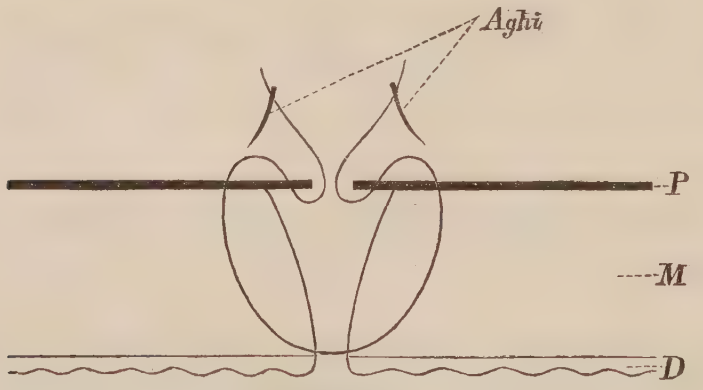


Fig. 14.

(1) Le modalità di sutura siero-sierosa descritte nelle tre esperienze suddette sono analoghe alle varie modalità del processo di dermato-plastica detto per scorrimento (*méthode par deplacement* dei chirurghi francesi).

Tale pratica è da rigettarsi, perchè gli estremi dei fili vennero a giacere nella linea di sutura.

Nell'altra variante indicata dalla Fig. 15 fu annodato

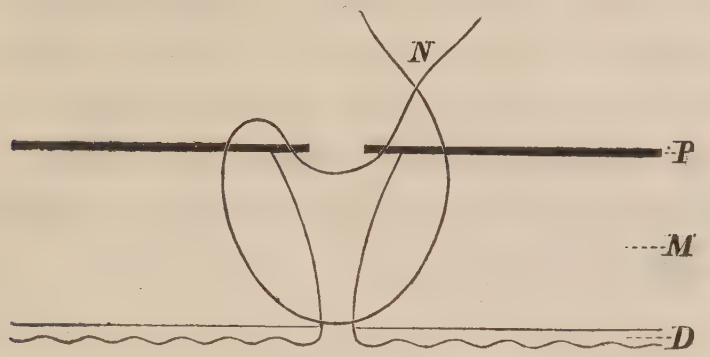


Fig. 15.

il filo di lato (*N*); purtuttavolta esso venne a giacere fra le due superficie peritoneali ripiegate. In tal modo rimase come sola possibile modalità di fusione in una sola delle suture profonde e superficiali quella rappresentata dalla Fig. 16.

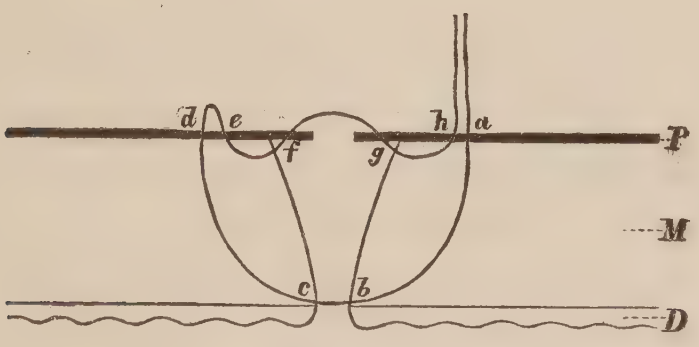


Fig. 16.

Però in questo procedimento il filo dovè non meno di 8 volte entrare ed uscire attraverso la ferita (*a, b, c, d, e, f, g, h,*) senza contare quelle in cui attraversò la sierosa stirata in fuori. Se il filo fu tirato moderatamente pe' suoi estremi, non avanzò per nulla, se fu stirato forte, lacerò i tessuti. Da quest'ultima esperienza l'Autore con-

chiuse non essere praticabile la sutura muscolo-muscolare e siero-sierosa contemporaneamente con unico filo.

Il Sänger insiste ancora una volta sull'uso di numerose suture apposte a breve distanza, le profonde $^1/_3$, le superficiali $^2/_3$ del numero totale. Raccomandò di nuovo il filo di argento e la seta per le suture profonde; quest'ultima disse potere in ogni caso sostituire il primo; — per le suture superficiali il catgut, fondandosi sui risultati ottenuti col suo uso dallo Schröder nell'amputazione sopravaginale dell'utero (1).

(Continua)

(1) Anche Guéniot poco dopo (16 Giugno 1885), in un rapporto letto all'Accademia di Medicina di Parigi riferentesi alle tre operazioni cesaree praticate da Closmadeuc de Vannes, raccomandò il catgut come materiale di sutura uterina, non ostante che questo fosse stato fatto segno ai più gravi rimproveri quasi dalla comune degli operatori (Bulletin de l'Academie de Médecine, 1885 pag. 827-41).

CASISTICA OSTETRICA

Embriotomia sul tronco e cefalica praticate colla forbice decollatrice e col basioclaste. del Dott. Vittorio Frascani, *libero docente e Aiuto nell'Istituto Ostetrico e Ginecologico di Pisa.*

Osservazione I. — Decollazione.

Violante Z. . . ., coniugata, di anni 32, colona, abitante presso San Giuliano è dotata di sana e fisica costituzione, di sistema scheletrico e muscolare normali, ha statura media. — Essa è stata sempre sana, perdè il padre per cardiopatia, sua madre è tuttora vivente e quantunque in età molto avanzata, gode buona salute come pure i suoi fratelli e le sorelle. Maritatasi all'età di 31 anno a Felice M.... uomo sano e robusto, divenne in breve e per la prima volta incinta, e, se si eccettua qualche lieve disturbo simpatico de' primi mesi la gravidanza decorse normalmente. Era sul termine di questa il dì 8 Dicembre 1887 quando si portò, a piedi, a Pisa che dista due chilometri dalla sua abitazione, e nel ritornare si accorse di una leggiera perdita di sangue che fluivale dai genitali. Contemporaneamente all'insorgere di questa piccola emorragia che si faceva ad intervalli, la donna cominciò ad essere tormentata da dolori che partentisi dal sacro e dalla regione lombare si irradiavano all'ipogastrio e tali

dolori la inquietarono quando più, quando meno nei giorni 9 e 10 durante i quali la donna, interrogatane, assicura di avere avvertiti i moti attivi del feto. Il giorno 11 l'esigenze del suo mestiere la costrinsero a recarsi, a piedi, a Ghezzano paesello vicino, ma per via fu spesso costretta di fermarsi per i soliti dolori e per la frequente voglia di orinare. Tornata la sera a casa dovette subito mettersi in letto perchè tali disturbi eransi accentuati e non si mitigarono che col riposo; in queste condizioni stette fino alla notte del 15 quando sortita di casa per evacuare, dovette subito rimettersi in letto perchè i dolori lombari ed ipogastrici eransi fatti violentissimi ed alle 4 fu colta da metrorragia piuttosto grave per la quale fu chiamata la levatrice che giunse presso questa donna la mattina alle 5 del giorno 16. La levatrice visitatala si accorse che essa era in soprapparto, che trattavasi di una presentazione della spalla e dichiarò alla famiglia che il parto era anormale e che occorreva l'intervento del medico. Fu subito chiamato il Sig. Dott. Pirro Forti il quale visitata la Violante alle ore 6, verificò quanto era stato detto dalla levatrice e che valide contrazioni si succedevano a brevi intervelli di tempo; del resto essa era in buone condizioni, il polso sempre sostenuto si manteneva regolare. Ispezionato il ventre, l'utero presentava il suo diametro trasversale più sviluppato di quello verticale, palpatolo, accertò la presenza della testa in corrispondenza della fossa iliaca destra e dell'ovoide pelvico nell'altra e che l'utero era addossato quasi completamente sul feto. All'ascoltazione eravi assenza completa del battito cardiaco, dai genitali esterni pendeva, avente il volume di quello di un feto a termine, il braccio destro di cui l'epidermide si staccava a larghe falde. Praticato il riscontro si verificò che trattavasi di presentazione della spalla destra dorso posteriore, che questa era molto profondamente impegnata, che le acque erano scolate quasi in totalità.

Posta la donna in posizione ostetrica si accinse subito a praticare il rivolgimento ed introdotta non senza incontrare difficoltà la mano destra nell'utero che era addossato sul feto e che assai di frequente si contraeva validamente dovette rinunziare a continuare l'operazione perchè impossibile era progredire colla mano nella cavità della matrice e divenire all'evoluzione fetale.

Rimessa la donna supina le prescrisse dei sedativi e chiese l'intervento di un collega per decidere sul da farsi.

Sopraggiunto dopo circa mezz'ora il Sig. Dott. Federighi, esaminata la partoriente, credè bene di dover fare un nuovo e prudente tentativo di rivolgimento e portata nell'intervallo fra una contrazione e l'altra la mano destra nella cavità uterina, dovette estrarla paretica, tale era lo stato di contrattura della musculatura del viscere. Arrivava a toccare delle piccole parti ma non poteva nè apprezzarne bene le qualità, nè farvi sopra solida presa. Fu allora che volle provarsi ad operare con la mano sinistra, ma non ne fu più felice che nel primo caso il risultato. Ciò succedeva verso il mezzogiorno quando i due egregi colleghi soprannominati sapendo che io avevo immaginato una forbice decollatrice pensarono di valersene, oppure di ricercarmi perchè mi recassi io stesso ad applicarla nel caso in termini, visto che il rivolgimento per la retrazione uterina e per il profondo impegno della spalla era divenuto impossibile. Disgraziatamente non fu trovata la mia forbice, ed io non mi potei recare presso la gestante che la sera alle 5 e mezzo al mio ritorno in Pisa donde mi ero assentato per motivi professionali. Giunto presso la gestante la trovai in preda ad acerbi dolori in uno stato grande di eccitazione, ripetendo ad ogni istante « che per lei non vi era più bene, che ormai era votata a certa morte insieme alla sua creatura. »

La fisonomia della donna era un po' alterata, il polso frequente, ma abbastanza sostenuto, la temperatura 38° C.

Il ventre era molto aumentato di volume, specialmente per gas intestinali, la palpazione dell' utero dava un resultato pressochè negativo per lo stato di retrazione del viscere e per le validissime contrazioni che si succedevano rapidissimamente l' una all'altra.

Gli organi genitali esterni erano molto edematosi e al di fuori di essi pendevano i due arti superiori del feto; per quanto il collega Dott. Forti mi assicurasse che la testa era nella fossa iliaca destra io non la ritrovai e praticato con molta cura il riscontro vaginale dopo un poco mi accorsi che essa aveva abbandonato questa regione per portarsi al di sopra della sinfisi pubica, che cioè era avvenuto il terzo tempo della evoluzione spontanea. Inutile qualche trazione esercitata sugli arti superiori fuorusciti per compierla, introdussi la mano destra verso il lato sinistro della pelvi, ed afferrato il collo del feto che trovavasi dietro la sinfisi pubica fra il pollice e le altre dita, sulla guida di quest' ultime vi applicai la branca uncinata della mia forbice decollatrice che si dispose nel senso del diametro trasverso. Consegnatala al mio collega, sulla guida del pollice portai la branca coltello sul collo fetale dopo averlo leggermente abbassato colla branca uncino e serrati i manichi dello strumento colla mano sinistra, ottenni con molta facilità e rapidissimamente di un sol colpo la scontinuazione della colonna cervicale e della quasi totalità delle parti molli. Nel momento stesso fluì da questa larga breccia e più specialmente dal moncone superiore della rachide aperta, una certa quantità di liquido che colpì la nostra attenzione. Ottenuto ciò quantunque avessi notato che la testa del feto era sempre per un piccolo lembo muscolo-cutaneo adesa al tronco, disarticolai lo strumento e facendo leggiere trazioni sulle braccia del feto, il tronco liberato dalla testa la quale vi era solo attaccata da un lembo di collo del resto estendibilissimo come abbiamo detto e che permise a quella di

portarsi in alto, venne prontamente al di fuori e col suo peso trasse fino sul piano perineale il capo fetale che afferrato per la mandibola inferiore fu facilmente estratto.

Esaminatolo si potè constatare che il feto era molto sviluppato ed idrocefalico e che colla decollazione si era rimediato anche a questo inconveniente e ridotto il volume della testa per la fuoruscita del liquido cefalo rachidiano. Nella estrazione del tronco feci una lacerazione perineale di primo grado che fu riunita con due punti di sutura.

Praticate delle frizioni sul fondo dell' utero, la donna espulse naturalmente gli annessi che erano imbevuti di meconio ; feci una puntura ipodermica all' ipogastrio con soluzione di ergotina ed una irrigazione del canale utero vaginale con una soluzione di sublimato corrosivo all' uno per 2000. Dopo liberata, rimessa la donna nella posizione ordinaria, le furono somministrati degli eccitanti e lasciata tranquilla richiedendolo insistentemente ella stessa.

La mattina successiva il curante Dott. Forti rivide la puerpera e la trovò in condizioni discrete. T. 38 — P. 70 — R. 32. La donna accusava dolori all' ipogastrio che si esacerbavano alla pressione, il ventre era leggermente meteorizzato, i lochi sanguigni in quantità normale.

Fu applicata una vescica di ghiaccio sull'addome e prescritto oltre le lavande esterne, una irrigazione vaginale con una soluzione di sublimato ; venne medicata la piaga perineale con iodoformio, prescritta una dieta leggiera e nutriente, somministrata una piccola dose di chinino ed un po' di cognac.

La sera la donna avvertì qualche brivido, ebbe conati di vomito e vomiturazioni e la mattina del giorno successivo il termometro segnava 39° e mezzo, il ventre era dolente specialmente all' ipogastrio e nelle fosse iliache.

Fu prescritta la solita cura. La donna rimase in tali condizioni fino al quindicesimo giorno di puerperio. La tem-

peratura oscillò fra i 39° ed i 40° C. La febbre esordiva con brivido e terminava col sudore; il polso era frequente, — 110 e 120 pulsazioni al minuto, — celere, sempre regolare; i lochi normali per quantità e qualità. Furono continuati i lavaggi vaginali, la somministrazione del chinino, la medicatura locale sul perineo e le applicazioni di ghiaccio sul ventre e sulla testa fino al quindicesimo giorno di puerperio, quando la febbre cessò, tanto che il termometro segnava 37° e pochi decimi, le condizioni generali migliorarono alquanto, il ventre si fece molto più trattabile. Nel diciasettesimo giorno si notò una recrudescenza nel processo febbrile, il termometro marcò 39°, ma tale aumento fu di brevissima durata. Le condizioni della puerpera andarono sempre migliorando e siccome vi era anemia piuttosto marcata fu prescritta una dieta tonico-ricostituente; migliorata alquanto dopo 35 giorni abbandonò il letto e in seguito si ristabilì completamente.

Dal giorno in cui la operai, io non avea più avuta occasione di vedere la Violante, e solo il 3 del corrente Giugno essendosi questa recata a casa mia mi narrò che era ritornata in buona salute come avanti il parto.

Ho creduto bene rendere di pubblica ragione questo caso occorsomi, prima perchè oggi che ai medici ed alle levatrici s' impartiscè negl' Istituti e nelle scuole ostetriche una suppellettile di cognizioni relative all'arte di Lucina un po' più estesa, difficilmente capita di esser chiamati presso una donna in soprapparto con presentazione del piano laterale quando mancano le condizioni necessarie e favorevoli per eseguire il rivolgimento, quindi difficilmente si offre il caso di dovere praticare la decollazione, e ciò perchè la maggior parte delle levatrici addestrate nella diagnosi ostetrica, se chiamate in tempo, riconoscono di buon'ora la presentazione della spalla e ne avvertono subito il medico che prontamente vi pone rimedio con un processo di versione mista o col rivolgimento. In secondo

luogo poi per mostrare come la mia forbice decollatrice che oramai ha fatto buona prova di sè applicata su cadaveri fetali disposti trasversalmente o in un fantoccio ostetrico o in un bacino, si può applicare con molta facilità anche nella donna in soprapparto con presentazione trasversa quando il rivolgimento è controindicato.

Anche il processo puerperale che passò la Violante e che consistè a quanto sembra in una parametrite con leggera perimetrite, credo si debba senza dubbio attribuire all'essere rimasto lungo tempo il feto morto ed in diretto contatto con l'ambiente esterno nella cavità uterina piuttosto che agli atti operativi e tanto meno all' ultimo di questi, alla decollazione che fu eseguita in minor tempo di quello che occorra per descriverla e senza trascurare neppure una di quelle cautele antisettiche che sono permesse in una povera casa di campagna.

Osservazione II. Craniotomia. — Cranioclastia.

Il giorno 5 Aprile 1888 fui chiamato dal collega Dott. Gherardi presso la donna Francesca A.... abitante in Pisa fuori di porta a Piagge, conjugata, di anni 36, che era in soprapparto fino dalla sera del giorno precedente.

Il sopramentovato collega mi raccontava che la Francesca aveva già partorito una bimba tre anni or sono e che il parto, quantunque un po' difficile ed eccessivamente lungo nel periodo espulsivo, pure era terminato naturalmente con la nascita di un feto di sesso femminile a termine, ed a quanto riferisce la levatrice, che ben lo ricorda, la presentazione era stata di vertice in porzione OISA. Tale bambina vive tuttora e gode perfetta salute. Egli mi diceva altresì che dopo tale parto la donna era stata affetta per qualche tempo da endometrite catarrale che era

riuscito a guarire con apposita cura, dopodichè essa era rimasta quasi subito incinta. Decorsa normalmente la gravidanza, il soprapparto si dichiarò la sera del giorno 4, e chiamata verso le tre della notte la levatrice, questa trovò che il collo avente una dilatazione oltre i tre centimetri era sempre assai rivolto indietro. Contrariamente a quanto ella si aspettava, tale periodo del parto fu lungo e ciò perchè specialmente dopo la spontanea apertura del sacco che avvenne alle 7 ant. con la fuoruscita di molto liquido amniotico, il collo si fece edematoso e non se n'ebbe la completa dilatazione che verso le 11 ant. Essendo incominciate le contrazioni con carattere decisamente espulsivo, la levatrice si aspettava di vedere nascere assai presto il feto e tranquillizzava la famiglia nella speranza che tutto sarebbe proceduto regolarmente; ma verso l' 1 pom. per quanto i dolori fossero stati validi e frequenti e ben coadiuvati dalla donna, non avendo per nulla progredito il soprapparto, nè avanzando, com'era desiderio, verso il perineo la parte presentata, fu chiamato il sig. Dottor Gherardi che, verificata la presentazione del vertice e constatata la vita del feto, credè bene verso le 2 pom. di applicare il forcipe per porre termine a questo periodo espulsivo che oramai cominciava ad essere assai lungo. Posta la donna in posizione ostetrica ed applicata la prima branca di un forcipe Simpson, riusciva a portare sulla testa anche la seconda, ma non senza incontrare delle difficoltà che aumentarono nel momento dell'articolazione, che non era possibile per mancanza di parallelismo fra le branche di cui la sinistra si poneva quasi perpendicolarmente alla destra. Tali rapporti non riusciva l' operatore a correggerli per quanto tentasse reiteratamente e delicatamente, imprimendo dei movimenti di rotazione ai manichi, di fare sì che si ponessero paralleli. Pensò allora di togliere la branca destra e di modificarne l'applicazione in modo tale che potesse articolarsi bene con l'altra; ma portatala ad

una certa profondità si disponeva come prima. Tolse ambedue le branche e le applicò nuovamente varie volte, ma sempre cogli stessi risultati. Fu allora che essendosi convinto che le contrazioni uterine erano forti e regolari e che la testa era presso lo stretto inferiore, ritenne prudente di soprassedere, non credendosi autorizzato ad escludere che il parto si poteva compiere naturalmente. Così passarono due ore, alla fine delle quali essendo il soprapparto al medesimo periodo di prima, mi fece chiamare presso di lui, ed io vi giunsi verso le 5 di sera.

Nel mentre ch'egli mi esponeva le particolarità del caso che ho fin qui narrato nella stanza attigua a quella in cui si trovava la partoriente, questa si lamentava molto, ed a piccoli intervalli di tempo mandava grida come soffocate simili a quelle che emettono tutte le donne negli ultimi momenti del periodo espulsivo, bene conosciute da coloro che hanno un po' di pratica nell'assistere i parti, per cui io pure prima di vedere la partoriente ebbi a dire al collega, il quale mi aveva chiamato, che oramai probabilmente la poveretta era al termine delle sue sofferenze. Ma egli s'affrettò a rispondermi che la donna si lamentava e gridava così fino da quando esso era presso di lei. Recatomi a visitarla, la trovai molto agitata, il corpo ricoperto di sudore profuso, i polsi frequenti ma regolari in preda a forti e frequenti contrazioni uterine e reclamante di essere ad ogni costo liberata. Praticata l'esplorazione della vagina, trovai questo canale con pareti molto calde; sulla testa del feto che presentavasi per il vertice e più specialmente sul sincipite era un voluminoso tumore del parto che faceva credere la parte presentata più bassa di quello che non era realmente; quantunque la bozza siero-sanguigna mascherasse in parte la sutura e le fontanelle, pure dopo attento esame m'accorsi che la fontanella occipitale era rivolta indietro e più precisamente si trovava in prossimità della sinfisi sacro-iliaca destra piut-

tosto dalla parte del sacro che da quella dell'osso iliaco; era cominciato insomma il movimento di rotazione doll'occipite indietro. Fatta l'ascoltazione, trovai il battito cardiaco nel quadrante inferiore destro più specialmente lungo una linea che dall'ombellico si dirigeva verso la spina iliaca anteriore superiore. La partoriente era di statura piuttosto bassa, con masse muscolari sviluppate, tessuto adiposo abbastanza bene conservato, le ossa costituenti lo scheletro sono abbastanza regolarmente conformate se si eccettui quelle degli arti e specialmente degl' inferiori che sono un po' ridotte nel senso della lunghezza, così pure quelle dei piedi e delle mani molto corte. Nella testa predominano leggermente i diametri trasversi sugli antero posteriori, per cui, quantunque la partoriente ricercatane non ci fornisse alcun dato che ci autorizzasse ad ammettere che essa fosse stata nell' infanzia affetta da rachitismo, non era lecito escludere affatto che avesse subita pur leggiera l' influenza di tale stato morboso. In ogni modo però, occorre dire che nè gli arti inferiori, nè i superiori, nè la colonna vertebrale presentavano deviazione alcuna e che solo la riduzione nella lunghezza di questi ultimi e la conformazione scheletrica già accennata della testa ci facevano scorgere nella partoriente qalche leggiera traccia di sofferta rachitide, malattia che, del resto, secondo l'opinione dei più non è sempre necessario verificare per spiegare il modo di originarsi di una viziatura pelvica come quella che presentava la nostra donna la quale molto probabilmente doveva avere un bacino imbutiforme. Concepii tale ipotesi diagnostica vedendo come la testa era già scesa nello scavo, il che escludeva insieme ai risultati della pelvimetria esterna che lo stretto superiore se pure era diminuito lo fosse tanto poco da avere lasciata impegnare profondamente la parte presentata. Pensai all'esistenza di un bacino imbutiforme non solo osservando come la testa scesa da tanto tempo, fino dalla mattina, nello scavo

vi rimaneva nonostante vivissime e potenti contrazioni; ma anche per i resultati dell'esame diretto che quantunque fosse eseguito un po' superficialmente pure ci forniva indubitatamente un dato che cioè l'arcata pubica era più ristretta del normale e più ravvicinate le tuberosità ischiatiche.

Reclamando insistentemente la donna di essere soccorsa, il Dott. Gherardi, in mia presenza, applicò nuovamente il forcipe ed avendo incontrate le istesse difficoltà per disporre parallele l'una all'altra le branche e per articolarle pregò me di eseguire questo tempo della operazione, ma per quanto io tentassi di spostare la branca destra dello strumento, che mi pareva portata un poco troppo indietro, verso l'estremo anteriore del diametro obliquo destro e di mettere con limitati movimenti rotatorii impressi ai manichi in buona situazione il forcipe per articolarlo, non vi riuscii; fu allora che mi decisi di togliere la branca destra e di portarla di nuovo quanto era possibile sulla bozza parietale anteriore, manovra che non fu troppo agevole e che mi fece constatare come l'escavazione dal lato destro difettava di capacità e che il retrofondo della cavità cotiloidea e la faccia interna della tuberosità ischiatica corrispondenti erano vicini al centro dello scavo più di quello che non lo sono normalmente. Applicata la branca in situazione, tentai nuovamente di articolarla con l'altra, ma inutilmente, perchè qualche cosa d'irremovibile impediva alla cucchiaia di spostarsi anche di poco, ciò che occorreva assolutamente per ottenere l'articolazione dello strumento. Tolto allora il forcipe, volli provare se applicando diversamente la prima branca, ossia disponendola un po' più verso l'estremo sinistro del diametro trasverso invece che in corrispondenza dell'estremo posteriore del destro, avrei ottenuto che questa divenisse parallela all'altra. Ma introdotta la mano destra per guidare questa branca constatai che anche da questo lato lo scavo, specialmente nella parte sua più bassa, era rim-

piccolito, e che ciò impediva di disporre lo strumento come io desideravo; affidata questa branca al mio collega, nell'applicare l'altra, verificai quello che avevo già diagnosticato avanti e che necessariamente anche le branche ischiopubiche erano più ravvicinate del normale e la base quindi dell'arcata diminuita. Fatti ripetuti, ma prudenti tentativi di articolare lo strumento temendo che i piccoli movimenti impressi ai manichi si esagerassero in corrispondenza dell'estremità delle cucchiaie e che ledessero i genitali che cominciavano ad essere contusi, tantopiù che le cucchiaie parevano come fissate in una morsa fra la testa e la pelvi, credei saggio partito di rinunziare alla estrazione della testa col forcipe e di devenire alla craniotomia per terminare un soprapparto che avea molto prostrata la povera partoriente.

I parenti, e più specialmente il marito, ch'erano impazienti di vedere porre termine alle sofferenze della donna, informati dello stato delle cose, che cioè due vie ci si paravano dinanzi, quella dell'aspettativa, che oltre non garantirci sulla possibilità di un parto naturale e sul tempo in cui serebbe avvenuto, non era scarso di pericoli, e l'altra del sacrifizio del feto, sulla cui vita del resto nelle condizioni in cui versava la donna e dopo le ripetute manovre non vi era, soprassedendo, da fare grande assegnamento; condotta quest'ultima, con la quale si sarebbe prontamente potuto liberare la partoriente, acconsentirono a che si praticasse la craniotomia.

Il Dott. Gherardi incaricò me di fare la embriotomia e siccome io aveva nella borsa ostetrica il mio basioclaste fu con la branca di questo che porta il perforatore che io eseguii abbastanza facilmente la perforazione della volta del cranio, impugnandola colla mano destra e guidandola sulla sinistra introdotta nei genitali fino sulla parte della testa che corrispondeva al centro della pelvi. Siccome in questa regione del cranio fetale eravi moltissimo svilup-

pato il tumore del parto di uno spessore di circa 3 ctm., così per amor di verità dirò che la prima volta sguainato in totalità il perforatore dalla branca che lo porta, con movimenti di rotazione impressi alla manovella, io non aveva attaccate le ossa della volta, bensì le aveva messe allo scoperto: accortomene, ritirai indietro l'elica perforatrice, ne portai la vite conica terminale ad immediato contatto con quelle, e con due giri essa vi fece solidissima presa tanto da impedire ogni scivolamento della branca, che rapidissimamente apertasi una larga breccia penetrò nella cavità encefalica. Con movimenti di circumduzione impressi allo strumento spappolata la sostanza cerebrale e fattala venire per quanto era possibile al di fuori credei bene senza estrarre la branca di attendere per vedere se diminuita la resistenza ed il volume della volta del cranio si aveva la espulsione naturale della testa craniotomizzata tanto più che si mantenevano valide e frequenti le contrazioni uterine. Ma insistendo la partoriente e la famiglia perchè il parto fosse compiuto, applicai anche la branca femmina del mio strumento in corrispondenza della sinfisi sacro-iliaca destra, ma non troppo profondamente nella speranza che, afferrata una regione qualunque della volta, facendo agire il mio strumento semplicemente come un pinzettone sarei riuscito ad estrarre questa testa ormai molto ridotta di resistenza e di volume. Articolato il basioclaste, essendomi accorto quando vi cominciai ad esercitare sopra delle trazioni che esso lasciava la presa, risolvei di servirmene come un vero e proprio cranioclaste secondo il processo occipitale e disarticolatolo, affondai la branca maschio verso la base del cranio ed applicata la femmina più in alto che fosse possibile, articolatele e serrata la vite di pressione, la testa si foggiò a cono molto appuntato, il cui apice era costituito dall'occipite e così modificata con tre o quattro trazioni impresse allo strumento venne al di fuori e dietro il

resto del corpo del feto. Dopo circa una diecina di minuti avvenne soltanto, aiutata da qualche trazione sul funicolo e da pressioni esercitate sul fondo dell'utero, la espulsione degli annessi che erano imbevuti di meconio, ma integri. Dopo l'estrazione del feto la donna fu colta da un disturbo isterico consistente in contrazioni dei muscoli mimici e specialmente degli orbicolari, da contrazioni fibrillari di molte regioni del corpo e da un brivido abbastanza forte; essa si ricusava di rispondere a ciò che la veniva detto, oppure replicava con cenni, ma comprendeva bene i discorsi che le venivano indirizzati. D'altra parte il polso essendo un po' frequente, ma abbastanza sostenuto, la respirazione regolare e solo di quando in quando ostacolata da spasmo glottideo, che faceva parte della sindrome fenomenica di cui più sopra abbiamo tenuto parola, la temperatura normale, l'utero ben contratto e di volume normale, la perdita sanguigna dai genitali pure normale per quantità, non ci allarmammo dello stato della puerpera, e praticata dal Dottor Gherardi una scrupolosa lavanda del canale utero-vaginale con soluzione sublimata e posta una faldella di cotone imbevuto della medesima sopra una contusione del gran labbro di sinistra la lasciammo abbastanza tranquilla.

Esaminato il cadaverino fetale sulla cui testa era sempre applicato il basioclaste, riscontrai che la perforazione era avvenuta in corrispondenza dell'angolo posteriore e superiore del parietale destro, che l'apice della branca perforatrice poggiava nella fossa cerebellare corrispondente e che la cucchiaia della branca esterna col suo apice raggiungeva l'angolo formato fra l'occipite e la nuca. Disarticolatolo e toltolo, mi accorsi che l'occipitale era sede di varie fratture come pure la parte posteriore del parietale destro. Non fu possibile pesare il feto per mancanza di una bilancia, ma per la pratica che ognuno acquista nelle Cliniche ostetriche nel valutare il peso e la misura del feto

posso garantire che questo oltrepassava i 4000 grammi; era lungo 52 centimetri, aveva il torace, gli arti e le ossa della testa bene sviluppati era di sesso maschile.

La donna passò un puerperio fisiologico, solo in seconda giornata accusò un leggiero dolore in corrispondenza dell'ipogastrio e della fossa iliaca destra, che si dileguò in seguito all'applicazione di una borsa piena di ghiaccio: la sera di questo giorno essendosi fatta completa la portata lattea il termometro segnò 38° C. del resto la temperatura si mantenne sempre normale.

La secrezione lattea si stabilì abbondantissima tanto che la donna aveva due mammelle d'un volume straordinario come non capita troppo frequentemente di vedere; fatto che erasi verificato anche nel puerperio precedente in cui però la piena lattea veniva diminuita e dalla sua bambina e da altri perchè essa ci racconta che per tutto il tempo dell'allattamento ebbe tanto latte da poter nutrire senza disagio due bambini ed anche altri se ne fossero capitati. Per rimediare a questo stato delle mammelle che ci metteva in una qualche apprensione furono fatte apposite fasciature compressive e contemporaneamente, non avendo avuto la donna il benefizio del corpo, si somministrò un purgante; adagio adagio, ma non senza impiegare un certo tempo, la secrezione lattea si mitigò.

Subito dopo il parto e nei giorni successivi la puerpera accusava un dolore che si partiva dal lato sinistro e posteriore del bacino e si irradiava all'arto inferiore corrispondente; tale dolore si mitigò spontaneamente ed era scomparso quasi in totalità finchè la donna stette a letto, quando alzatasi verso il 12° giorno si accorse che non poteva appoggiare sul terreno il piede, e per di più, che questo erasi ripiegato sulla gamba in modo che la pianta era leggermente deviata all'indentro; si aveva insomma un leggiero grado di varismo che attribuito giustamente dal curante ad una paresi limitata ai muscoli esterni della gamba

ed interpetrato come un disturbo transitorio si dileguò completamente dopo pochi giorni in seguito a frizioni sulla pelle di questa regione.

Ho avuto occasione di rivedere questa donna due volte, l'ultima delle quali il 12 corrente Giugno e la trovai in perfetta salute e mi disse che anche la lesione dell'arto inferiore sinistro era completamente scomparsa. Pregatala di farsi esaminare per stabilire con più precisione con quale genere di viziatura pelvica avevo avuto a che fare trovai quanto appresso:

Donna alta	metri	1,46
Circonferenza pelvica	»	93
Dist. fra le spine iliache ant. e sup.	»	24
» creste » » »	»	26
Coniugata esterna	»	19
» diagonale	»	10,5
Diametro obliquo destro.	»	23
» » sinistro	»	23
» biischiatico.	»	7,5

Percorsa col dito esploratore tutta la superficie vaginale ed i fornici nulla vi si presenta di anormale come pure sul muso di tinca. Il resto dell'utero che è mobilissimo e leggermente retroverso nulla presenta che sia degno di nota.

Volendo ora riassumere qualcheccosa dall'osservazione che ho creduto bene di pubblicare; primieramente bisogna stabilire a quale classe di pelviche viziature è da ascriversi il bacino che esiste nella donna di cui è tessuta la storia. Certo è un bacino ad imbuto in cui la capacità pelvica va gradatamente diminuendo dallo stretto superiore verso l'inferiore; in questo non è solo diminuito il diametro trasverso dell'escavazione e dello stretto inferiore bensì anche un po' i diametri antero-posteriori;

infatti oltre raggiungere l'angolo sacro-vertebrale il dito esploratore percorre assai facilmente la faccia anteriore del sacro che manca della sua concavità normale talchè dalla base del 2° pezzo di quest'osso al margine inferiore della sinfisi non distava più di 10 centimetri.

Questa pelvi avrebbe potuto, se non vi fossero state altre circostanze che svolgeremo, permettere anche questa volta un parto naturale a termine? Essendo verificato che il feto era molto voluminoso in questo secondo parto, non si può rispondere assolutamente di sì; è certo però che il primo parto quantunque molto laborioso, fu possibile colle sole forze della natura, dunque nell'attuale vi deve essere stato qualche altro fattore che rese impossibile il parto naturale e questo è per me da ricercarsi più che nell'eccessivo volume della testa, nell'essere l'occipite disposto indietro ossia nella posizione occipito iliaca destra posteriore. Infatti se l'ostacolo fosse stato costituito solo dalla sproporzione fra il diametro biparietale ed il biischiatico, sproporzione che non doveva certo essere maggiore di 15 mill., le valide contrazioni uterine ed il forcipe sarebbero probabilmente bastate a vincerlo. Giammai il biparietale potè confrontarsi direttamente col diametro trasverso dello stretto inferiore, perchè la testa non potè mai completare il movimento di rotazione interna e ciò perchè era impossibile che essa giungesse fino sul piano perineale, e arrivata nella parte più bassa dello scavo cominciò questo movimento di rotazione dirigendo l'occipite verso il sacro, ma non potè completarlo; e ciò forse anche a causa della mancanza di concavità sacrale per cui essa si dispose col diametro O. B. parallelo non al diametro obliquo sinistro ma ad una linea che aveva il suo estremo anteriore in prossimità della spina del pube di sinistra il posteriore un po' al di dentro dell'articolazione sacro iliaca di destra.

Presi tali rapporti quantunque l'utero funzionasse a dovere, la testa non veniva al di fuori, mentre se l'occi-

pite era volto in avanti anche se il movimento di rotazione non fosse stato completo, la bozza occipitale poteva portarsi semplicemente sotto una branca ischio pubica invece che sotto l'arcata, impegnarvisi al di sotto, oltrepassarla, e preso punto di appoggio la nuca sotto di essa e sostituiti ai diametri occipitali i sotto-occipitali, avere la esplusione della testa.

Perchè non era possibile articolare il forcipe? Se ripensiamo al modo con cui si era disposta la testa rispetto alla piccola pelvi, si capisce subito come potevano essere collocate le branche del forcipe; una per essere applicata regolarmente sulla bozza parietale posteriore veniva a porsi in corrispondenza dello spazio che rimaneva in corrispondenza della sinfisi sacro iliaca sinistra ed un po' al davanti di questa, l'altra per far presa sulla bozza parietale anteriore, bisognava porla in prossimità del retrofondo della cavità cotiloidea di destra; ma qui era pochissimo spazio e tale che permetteva appena la introduzione di detta branca che una volta messa in posto non poteva più spostarsi neppure di un millimetro per mettersi parallela alla prima. Dunque era il caso di non insistere nel volere estrarre la testa con questo strumento e di divenire alla liberazione della donna, perchè la testa aveva già cominciato a contundere le parti su cui si appoggiava, e d'altra parte questa non progredendo neppure di un millimetro, per la sua sproporzione volumetrica e diametrica col bacino, e l'utero continuando a contrarsi molto validamente, non si poteva cullarsi in una tranquilla aspettativa, per il timore di una possibile lacerazione della matrice.

Il mio strumento applicato fece buona prova di sè, ma in un simile caso anche con uno dei tanti craniotomi che sono stati immaginati e col cranioclaste di Braun si sarebbero ottenuti gli stessi risultati. Ne sono persuaso e dirò che il mio basioclaste ha avuto la sanzione della clinica solo quando sarà valso a diminuire il volume e la resi-

stenza della testa e ad estrarla in stenosi pelviche ben più accentuate.

Ma intanto tale fortunata e facile applicazione mi dà diritto di affermare che nei casi facili esso vale gli altri e nutro speranza che nuove occasioni mi si presentino per dimostrare che in contingenze ben più gravi questo strumento, senza bisogno di altri, può superare le molteplici difficoltà che occorrono all'ostetricante.

R. ISTITUTO OSTETRICO GINECOLOGICO DI ROMA

DIRETTO

dal Prof. E. PASQUALI

UN CASO DI FISSAZIONE DELL'UTERO ALLA PARETE ADDOMINALE

Nel corso di quest'anno scolastico mi si è data occasione di fissare, mediante sutura, il fondo dell'utero alla parete anteriore del ventre, per rimediare agli incomodi gravi prodotti dalla retroversione sua.

Al Prof. Köberle spetta l'idea di questa operazione: se egli l'abbia eseguita e con quale risultato non mi consta. Qualche tempo dopo, l'Ohlsausen, allora professore ad Halle, tornò a proporla e la praticò con esito felice. Da quel momento venne distinta col nome di operazione di Ohlsausen, appellativo che non le è rimasto perchè dal Professore già di Halle, oggi di Berlino, si dovrebbero intitolare molte altre manualità, ciò che porterebbe a confondere sempre la nomenclatura. Il Sänger di Lipsia se ne è occupato ed ha eseguito parecchie di tali operazioni, cercando di renderle più facili ed ancora più sicure. Egli ne tratta specialmente in due articoli comparsi nel *Centralblatt f. Gynäkologie* sul principio di questo anno. Ma prima qualche cosa era stata già pubblicata dall'inglese A. Doran nel suo « Manuale di Ginecologia operatoria » edito a Londra sul finire dell'anno 1887. Nei due articoli del Sänger sono distinte le varie circostanze che possono

associarsi a questo diverso raddrizzamento dell' utero e specialmente riguardo alle alterazioni degli ovarî, sia in seguito della deviazione, sia se da quella indipendente. Dalle quali contingenze si ebbero pure origine differenti modi di condurre l'operazione.

La donna sulla quale ebbi ad eseguire quest'operazione appartiene alle provincie meridionali e da molto tempo soffriva per istero-nevrosi multiformi, e, sebbene maritata da qualche anno, era rimasta sterile.

All'accettazione nella clinica presentava come fenomeno reflesso un ostinato singhiozzo associato ad una specie di ululato, che ricorrevale di preferenza all'epoca premestruale, o quando provava qualche impressione morale, o se praticavasi un esame dell'apparato genitale.

Era regolarmente conformata, avea pannicolo adiposo molto scarso, ed i lineamenti stirati esprimevano le sofferenze, dalle quali diceva essere tormentata da lungo tempo e che la vita sessuale andava sempre accrescendo. Scarso l'appetito, abituale la coprostasi, nessun disturbo nel mingere, mestruazioni a tipo di quattro settimane, dolorose e piuttosto abbondanti. Dall' esame risultava retroflessione dell' utero, fissato per essudati al di sotto del promontorio, dolorosa la spinta sul fornice posteriore, ma specialmente a sinistra, per la discesa dell'ovario di quel lato, ovario che non appariva di volume maggiore del normale. L'ovario destro non si poteva raggiungere. Mi parve di dover completare l'esame per la via del retto, volendo contemporaneamente tentare il raddrizzamento secondo la manualità del Prof. Schultze di Jena.

Feci amministrare il cloroformio, al quale la malata si mostrò restia tanto da dover quasi adoperare la forza. L'esame così ripetuto mi confermava quanto già aveva desunto per la via della vagina. Le aderenze dell' utero erano dure ed estese più di quanto mi erano comparse al primo esame attraverso il fornice, ciò che obbligò ad in-

trodurre nel retto prima due e poi quattro dita per poterle distruggere. Mi tornò poi assai utile il portare la metà della mano nel retto per rendermi possibile il raddrizzamento dell' utero, non potendo trarre molto profitto dalla mano destra per la tensione, anzi retrazione dei muscoli addominali; la quale sebbene avvallasse la parete del ventre la rendeva al tempo stesso così tesa da impedire la ricerca del fondo, malgrado la prolungata azione del cloroforme. La manualità fu completata mediante l'applicazione del pessario a slitta dello stesso Prof. Schultze.

Seguì moderata reazione con addoloramento dell' epigastrio; e ciò richiese l'applicazione per qualche ora di una sacca di ghiaccio. Al quinto giorno le cose procedevano meglio, fu sostituito il pessario a slitta con quello che dicesi *a cifra 8*. Nel rimuovere il pessario, io avvertiva una tendenza del fondo a riportarsi verso il sacro, cosicchè non poteva fare pronostico di risultato duraturo.

In capo a quindici giorni dal raddrizzamento il pessario non era più tollerato, l' utero si ripiegava novamente nello scavo del sacro, e per giunta tutti i fenomeni locali e generali tornavano in scena. Alla paziente venne fatta proposta di sottoporsi all' operazione dell'Alexander, senza insistervi, tanto più che, avendola praticata qualche giorno prima, il successo avutone non sembrava essere molto incoraggiante. Ma la malata, che già temeva il cloroforme, era rimasta talmente spaventata, che domandò di essere congedata, rassegnata a soffrire gl' incomodi della nevrosi, piuttosto che nuovamente essere sottoposta alle aspirazioni del cloroforme.

Ritornava nulladimeno dopo qualche settimana più sofferente di prima, decisa a tutto, anzi che perdurare in quelle sofferenze.

Trovai l' utero in retroflessione completa, sebbene libero da aderenze, e l'ovario sinistro più grosso e meno tollerante della pressione. L'epoca mestruale non era molto

lontana; aspettai che decorresse, per apprezzare se le condizioni dell'ovario fossero o no sotto l' influenza del vicino periodo. Il quale fu più prolungato di quello che abitualmente le avveniva e anche più doloroso, con rincaro dei fenomeni riflessi. Al cessare delle regole l' utero e l'ovario sinistro erano immutati.

Ripetere l'operazione dello Schultze mi sembrava il lavoro delle Danaidi, e lo stesso temeva potesse avvenire se avessi accorciato i ligamenti rotondi; con le quali manualità, se pure fossi riuscito a combattere la retroflessione, avrei sempre lasciato l'ovario malato. Nè parvemi dover dare molto valore alla considerazione, forse verosimile, che l'ovario sinistro avesse potuto divenire ammalato in conseguenza della deviazione dell' utero. Per quanto valore etiologico questa avesse potuto meritare, non per questo poteva assicurarsi che, tolta che fosse, ne avrei distrutto le conseguenze. L'effetto una volta prodottosi avrebbe, a mio avviso, durato indipendentemente dalla causa.

Perciò mi decisi per la operazione del Köberle asportando l'ovario malato, il sinistro, e successivamente fissando l' utero dietro la ferita delle pareti addominali. Ciò che feci nel modo seguente.

Prese tutte le precauzioni oggimai prescritte e che sarebbe superfluo il ripetere, venne cloroformizzata la malata, che, nonostante tutta la buona volontà con la quale si sottopose, presentò una grande resistenza alla completa anestesia. Feci il taglio della parete addominale per la estensione di 8 centim. Aperto il peritoneo, trovai insufficiente quell'apertura; dovetti prolungarla in alto fino a 2 centim. sopra la cicatrice ombellicale, in basso fino al capitello della vessica. Talchè ne risultò un' apertura di 14 centim., attraverso la quale trovai pure difficoltà di arrivare all'ovario sinistro, che sembrava sprofondato insieme alla tromba nello spazio del Douglas, con un ligamento che mi parve accorciato. Non credo tuttavia che la posi-

zione profonda di quell'annesso fosse l' unica e neppure la principale causa della difficoltà. Quando l'ovario è ingrossato, per questo solo fatto dell'aumento di volume esso si trova ad un livello più alto, e, una volta afferrato, riesce più agevole il trarlo fuori dall'addome per dominare il legamento suo; della qual cosa non occorre più minuta dimostrazione. In alcuni casi però la distensione della metà inferiore delle pareti addominali, come s' incontra nei tumori di grande volume, o almeno il rilasciamento dovuto a precedenti gravidanze, rende più facile l'agire attraverso un'apertura, che per tal modo può farsi relativamente più piccola. di quanto occorse nelle qui narrate circostanze di fatto. Alle quali si aggiungeva nel caso presente una tensione enorme dei muscoli retti, che rendeva i contorni dell'apertura duri e rigidi fino ad impedire alla mano di penetrare nella cavità addominale.

Posso assicurare che, nonostante che io avessi prolungato il taglio, siccome di sopra ho detto, trovai sempre una grande, quasi enorme difficoltà a far passare la mano attraverso quella rigida bottoniera (*sit venia verbo*). Rialzai l'ovario sinistro che trovai di quasi un centimetro superiore al normale nel suo diametro longitudinale, e disseminato di piccole cisti del volume di un pisello. Contenevano tutte della sierosità trasparente ad eccezione di una, che avea contenuto sanguinolento e che era di volume superiore alle altre. Con l'ovario portai pure fuori dell' apertura dell' addome la corrispondente tromba, fissando ambedue con un piccolo clamp, al di sotto del quale con un ago del De-Roubaix passai un'ansa di catgut preparato all'olio di ginepro. Fatta la doppia legatura o nodo secondo propone, se non erro, lo Stephenson, recisi rasente il clamp, e, siccome non veniva affatto sangue, con sutura a sopraggetto ricoprii il moncone con rivestimento peritoneale. Trovato sano l'ovario destro, passai al rialzamento della matrice, che trovai col suo fondo riposare nello scavo del sacro.

Per quanto mi studiassi di scoprire sul fondo e sulla parete posteriore residui o traccie delle aderenze che io credetti avere distrutto tre mesi prima, quando misi in opera la manualità dello Schultze, non mi riuscì di trovar nulla! Fu una illusione del tatto? o tre mesi aveano rimesso tutto in perfetto assetto?

Mi restava dell'operazione la parte più nuova e forse quella nella quale avea minor fiducia: la fissazione dell' utero alla parete anteriore. Ed ecco come la condussi.

Delle due anse di catgut che aveano servito a legare la tromba e l'ovario sinistro io avea per ciascun nodo conservato un filo in tutta la sua lunghezza mentre avea reciso l'altro; passai due altre anse di catgut alla base del ligamento largo destro, l' una immediatamente sotto il ligamento rotondo, senza affatto comprenderlo neppure per poche fibre, l'altra sullo stesso ligamento largo dove esso si stende sulla tromba, e più precisamente dove il peritoneo scende dalla metà anteriore della tromba per formare il foglietto anteriore del legamento largo. Ciascuno di questi fili fu separatamente annodato 3 o 4 millim. al di sotto del punto nel quale avea attraversato il foglietto peritoneale. Fatto il nodo, si recise un filo di ciascun'ansa, per modo di avere due punti separati di presa e forse pure di trazione in corrispondenza dell'angolo superiore destro dell' utero, in mezzo ai quali, senza esserne compreso, passava il ligamento rotondo del lato stesso.

L' utero avvicinato dalla mano col fondo all' angolo inferiore della ferita delle pareti ventrali vi fu mantenuto mediante una sonda introdotta dalla vagina nella cavità sua. Ai due fili di destra vennero adattati aghi di Hagedorn e con tal mezzo si fece loro attraversare lo spessore del muscolo retto destro un centimetro appena sopra il livello dell'angolo inferiore dell'apertura parietale ed alla distanza di quasi un centimetro dal margine suo corrispondente. La distanza lasciata fra i due fili fu pure di un

centimetro. Egualmente furono adattati altrettanti aghi ai due fili che si erano lasciati pendenti dalla legatura dell'annesso sinistro, e così i fili furono fatti passare sotto il peritoneo parietale del labbro sinistro della ferita alla stessa altezza di quelli del lato destro, per annodarli non sulla cute, ma bensì sul peritoneo che mediante sutura da materassaio venne a chiudere, dopo la ripulitura d'uso della cavità, la parete più profonda della ferita. Con identica sutura si fece un secondo strato di chiusura comprendente i muscoli e l'aponeurosi. Soltanto a questo punto credetti stringere i fili che erano stati posti ai lati dell'utero per mantenerlo fisso dietro la parete anteriore. Dopo avere con la sonda mantenuta nella cavità uterina, rettificato la posizione di quell'organo, annodai all'esterno i due fili del lato destro, e quelli di sinistra, riunii pure annodandoli all'estremo inferiore della sutura media, di quella cioè che riuniva lo strato muscolo-aponeurotico. La pelle venne cucita pure in eguale maniera, cioè con quella cucitura che oggi si usa chiamare da materassaio.

Senza occuparmi di riprodurre l'andamento giornaliero dello stato dell'operata, dirò che non ebbe punto febbre: solo nel secondo giorno qualche vomito da mettere sul conto della larga dose di cloroforme, che dovette assorbire in una operazione che durò non meno di un'ora e mezza. La riunione sulla cute si fece di prima intenzione: non così per la sutura media, che passò a suppurazione nell'angolo inferiore, cosicchè mi obbligò a riaprire pure la porzione corrispondente di quello della pelle. Oggi la malata è guarita, qualche brano di filo di Firenze col quale s'era fatta la sutura media fu estratto, e si ottenne pure la cicatrice.

Da due mesi la nostra operata è in piedi, e fin qui non è comparsa alcuna tendenza alla formazione dell'ernia ventrale. Non oso tuttavia attendermi l'immunità; poichè per quanta fiducia possa avere nella sutura a piani

e specialmente in quella fatta a sopraggetto, pure, essendo avvenuta una suppurazione all'angolo inferiore della ferita e perciò la distensione di una porzione della sutura del piano muscolo-aponeurotico, l'ernia potrebbe formarsi tardivamente.

Quando venne fatta l'operazione, la donna trovavasi vicina alla mestruazione, della quale già provava i dolori precursori prevalenti a sinistra. Dall' esame dell' ovario asportato risultava che quella vessicola, contenente liquido sanguigno, era un follicolo di Graaf. La mestruazione non solo non comparve, ma cessarono pure tutte le sofferenze che ne accennavano l' imminenza. All'epoca seguente comparve la mestruazione con sensazione di stiramento dietro l'estremità inferiore della ferita ; sensazione che durò il primo giorno del flusso di sangue, il quale fu più scarso assai di quanto avveniva prima dell'operazione.

Alla ricorrenza successiva mancò la sensazione di stiramento al di sopra del pube e la emorragia si mantenne nel limite medio di tre giorni e fu modica. Ora quella prima amenorrea potrebbe dimostrare qualche cosa a favore della teoria dell'ovulazione come causa della mestruazione? E qui tengo ad assicurare che nell'operazione la malata non perdette neppure 50 grm. di sangue, quanto poteva aversene dal taglio della pelle e dallo scarso tessuto sottocutaneo.

Ed oggi che sono trascorsi tre mesi e forse più dall'operazione qual'è lo stato dell' utero ? Esaminata più volte l'operata, ho sempre trovato l' utero in anteversione e dotato di mobilità specialmente nella verticale; eguale giudizio ebbi il piacere di sentire emettere dai Colleghi Tibone e Cuzzi, che trovandosi in Roma ed avendomi onorato di una visita, furono compiacenti di esaminare la malata.

In un altro caso però, non mi condurrei al modo stesso, ma anche dal lato della escissione della tromba e

dell'ovario porterei i fili che devono mantenere l' utero nell'anteversione, attraverso il muscolo retto. Per quanto nel caso presente io abbia voluto dare all' utero, oltre la sua anteversione, ancora una inclinazione verso il legamento destro del Poupart, e con questo io mi sia proposto di lasciare a sinistra un po' più di spazio per la espansione della vessica, non posso assicurare che la causa della suppurazione non debba essere attribuita allo stiramento che inevitabilmente i fili dell'angolo sinistro dell' utero esercitarono sulla porzione inferiore della ferita.

Col pubblicare questo caso ho avuto solo in vista di portare un contributo ad una quistione che attualmente è molto dibattuta. Nella riunione degli Ostetrici e Ginecologi tedeschi tenutasi ad Halle sul finire dello scorso Maggio, le opinioni di quelli scienziati sul proposito di questa operazione non furono molto concordi ; ed all' infuori del Sänger, e se si vuole anche dello Skutsch, la maggioranza non si mostrò molto persuasa della utilità di tale operazione. Fritsch dichiarò che la utilità dei pessari era grande, e che, a suo avviso, era più facile fare una laparotomia, anzichè saper bene applicare un pessario. Non vi ha dubbio che se la laparotomia s' intraprende nel solo scopo di fissare mediante sutura l' utero alla parete anteriore del ventre, il pericolo dovrebbe tenersi molto a calcolo, e che perciò sarebbe forse andare troppo avanti facendo della laparotomia un metodo generale di curare le retroflessioni dell' utero.

Invece quando i disturbi che si attribuiscono allo spostamento dell' utero, vengono mantenuti piuttosto da malattie degli organi vicini, di preferenza degli ovarî, e che contro questi è diretta la laparotomia, non sarà certo tempo gettato se data una retroflessione, libera o aderente che sia, se l' utero sarà collocato nella sua posizione normale e mantenutovi mediante poche suture.

Prof. E. Pasquali.

Monte Catini, 18 *Giugno* 1888.

RIVISTA

Un caso d'apoplessia puerperale in una giovane donna partoriente. Dott. Withelaw Bourns-Helancet. (*4 Giugno* 1887).

L'A. fu chiamato da un collega ad assistere nel parto la moglie di quest'ultimo, dell'età di 20 anni, d'apparenza malaticcia, pallida, anemica. A parte i dolori articolari sub-acuti di cui ha sofferto molto durante la gravidanza, questa è trascorsa in buone condizioni. Il 28 Febbraio ultimo scorso fu mandato a chiamare il Dott. Bourns in tutta fretta dal collega che gli narra quanto appresso: a mezzanotte, sua moglie, si era coricata in uno stato buono di salute, verso il tocco fu visitata da suo marito e la trovò che si lamentava di dolori epigastrici contro i quali ella aveva preso del bicarbonato di soda. Verso il tocco e mezzo il dolore si estendeva a tutto l'addome. Malgrado l'amministrazione d'una pillola d'oppio di 5 ctgrm. il dolore persisteva, allora il marito praticò il riscontro vaginale e trovò che il collo era dilatato di circa un centimetro e mezzo; fu allora che mandò a chiamare il Dott. Bourns. A questo punto la partoriente reclamò la cloroformizzazione per liberarsi dai dolori addominali vivi e costanti che provava. Quando il Dott. Bourns entrò nella camera dell'ammalata la trovò quasi senza conoscenza in decubito dorsale, la testa un poco rilevata e poggiante sopra il braccio sinistro ripiegato. All'esame constatò una leggiera dilatazione del collo e con qualche difficoltà diagnosticò una presentazione del vertice. L'A. sorvegliando continuamente la partoriente per qualche tempo non constatò nient'altro d'anormale che la continuazione di questo stato di semi abbattimento congiunto al sopraggiungere di passeggieri dolori espulsivi durante i quali la malata sospendeva la respirazione gettando da una parte all'altra del letto le gambe. Fece la sondatura della vescica e ritirando lo strumento non vide che una o due goccie di liquido sanguinolento uscire dai fori della sonda. Allarmato dallo stato singolare nel quale sembrava caduta la malata mandò a chiamare il Dott. Godesson, poco dopo

notò un rallentamento notevole del polso, che non aveva che 60 battute al minuto; le pupille cominciavano a dilatarsi e a non reagire più alla luce, nessuna traccia di paralisi dei muscoli della faccia, qualche tempo dopo la respirazione assumeva il carattere stertoroso, quando circa alle sei ore del mattino, dopo due inspirazioni assai superficiali, la funzione respiratoria s'interrompe bruscamente. Nel medesimo tempo scomparisce il polso radiale. Coll'ascoltazione appena si avverte qualche flebile rivoluzione cardiaca. Subito l'A. pratica la respirazione artificiale e sotto la sua influenza il cuore si riattiva tanto bene che, allorquando a 7 ore giunse il Dott. Godesson, potè contare 76 pulsazioni radiali al minuto. Si sospende la respirazione artificiale, ma due minuti dopo l'ammalata diventa cianotica e il polso cessa di battere, si riprendono le manovre, si praticano delle iniezioni d'etere, s'impiega la corrente galvanica; si continua così la respirazione artificiale fino a due ore dopo il mezzogiorno. A questo momento lo stato della malata non subisce modificazione alcuna nè in bene nè in male; si fa diagnosi di emorragia cerebrale. Si continua per qualche tempo ancora la respirazione fino alla stanchezza estrema del personale incaricato di questa operazione. L'autopsia fatta 9 ore dopo la morte rivela quanto appresso: leggiero sfiancamento del pericardio, placche fibrinose verso la parte anteriore dei ventricoli presso la punta, nessuna alterazione valvolare, edema polmonare del lobo inferiore d'ambedue le parti, reni quasi sani, ureteri liberi, vescica vuota.

Cervello. — Sotto le meningi alla superficie dell'emisfero sinistro un coagulo della dimensione di un soldo che copriva la parte superiore della scissura di Rolando; sovra la regione parietale dell'emisfero destro un coagulo simile ma più piccolo; nello spessore dell'emisfero sinistro e in continuità col coagulo superficiale un altro della grossezza di un ovo di anitra, situato al di fuori della capsula esterna, ma comprimente i gangli cerebrali e le circonvoluzioni; il coagulo risultante dall'emorragia corticale è semplicemente superficiale. L'A. attira l'attenzione sulla difficoltà di questo caso le cui particolarità non erano di natura tale da rischiararla. L'età del soggetto, il modo d'invasione degli accidenti, l'assenza di qualunque paralisi dei membri, della faccia e degli occhi, lo stato di vacuità della vescica non erano da tanto da far credere a tutta prima ad una causa cerebrale. Dal punto di vista del tempo durante il quale si è mantenuta la respirazione artificiale, l'osservazione è quasi senza precedenti e non vi è dub-

bio su questo punto che la più piccola interruzione nelle manovre in dodici ore di tempo avrebbe avuto per conseguenza ineluttabile l'estinzione immediata della vita, e sarebbe stato interessante il conoscere per quanto tempo al maximum si sarebbe potuto prolungarla se fosse stato possibile di riunire il personale necessario per continuare la respirazione artificiale al di là del momento nel quale si è dovuta abbandonare; abbandono assolutamente legittimo cui ha seguìto senza intervallo la morte dell'ammalata.

Proprietà emenagoghe del permanganato di potassa.

Il Dott. L'voff ha usato di questo medicamento in 200 casi circa ed ecco le osservazioni che ne trae.

1°. In trentadue giovinette che sembravano godere di uno stato di salute assai soddisfacente ma affette da dismenorrea con diminuzione della quantità di sangue del flusso mensuale senza causa apparente, egli amministrò delle pillole di permanganato ed estratto di pulsatilla durante otto o dieci giorni avanti i catamenii. I resultati furono eccellenti.

2°. In diciassette casi nei quali gli spostamenti dell'utero erano stati e considerevoli consecutivi ai parti e nei quali l'atrofia dell'utero e degli ovai era sopraggiunta durante il corso di affezioni puerperali di lunga durata specialmente durante la parametrite, amministrò le pillole regolarmente durante un periodo di tempo variante da tre a sei mesi. La quantità del sangue mestruale subì un aumento verso la 4ª o 5ª settimana in donne ancor giovani e verso il 3° o 4° mese presso le donne più attempate.

3°. In sessantadue casi il parto era stato seguìto da peritonite della regione pelvica. L'A. ottiene ancora un successo nella maggioranza dei casi, ma il trattamento fu senza effetto in qualcheduno.

4°. In sessantadue giovani donne maritate, sterili, nelle quali fu scoperto il gonococco della gonorrea, e molte delle quali erano affette da malattie delle trombe o delle ovaia, fu istituito il medesimo trattamento, ma dette dei risultati incompletissimi e talora quasi impercettibili.

5°. Da ultimo il permanganato fu quasi senza utilità alcuna in undici casi dove si erano constatati i primi sintomi della menopausa come pure un certo grado d'atrofia dell'utero.

La cocaina contro il vomito incoercibile nelle gravide. Duyardin Beaumetz.

Ecco la formola:

Cloridrato di cocaina . . . . ctgrm. 50
Acqua distillata . . . . . grm. 300

fate disciogliere completamente. Ogni ora due cucchiai da minestra di questa soluzione, venga amministrata alle donne gravide prese da vomito incoercibile e si continui finchè esse non abbiano ingerito 40 ctgrm. di cocaina nella giornata. Importa che le malate restino in letto per evitare le vertigini.

L'antipirina nel parto naturale. Monsieur Laget.

Il Dott. Laget ha adoperato l'antipirina in un caso di parto prematuro nel periodo espulsivo e allorquando i dolori fortissimi che accompagnavano le contrazioni rendevano queste poco efficaci. Due dosi successive d'antipirina di due grammi ciascuna, hanno portato rapidamente una diminuzione del dolore.

Sopra un caso raro di distocia causata da dei tumori del braccio e avambraccio. M. Mc. Lean. (*Am. S. of. obst.*, Avril 1888).

X. primipara di 22 anni. Travaglio di parto a termine, espulsione della testa fetale cinque ore dopo l'inizio del travaglio. A datare da questo punto, arresto nella progressione del feto. Si giunge allora, senza grande difficoltà, a disimpegnare il braccio diritto del feto; l'ostacolo alla uscita del rimanente del tronco, sembra tenere allo inchiodamento del braccio sinistro al di dietro della sinfisi pubica. In seguito ad energiche contrazioni, per il meccanismo dell'evoluzione spontanea, viene espulso il podice. Finalmente si giunge a disimpegnare il braccio sinistro. Questo braccio è grandemente voluminoso come se fosse disteso da un vasto ematoma che va dall'acromion al gomito. La sua circonferenza è di 31 ctm. e mezzo. Il tumore è fluttuante, avente una colorazione ecchimotica. L'avambraccio porta al suo terzo inferiore, un tumore molliccio, sottocutaneo, nodoso, come certe varietà di sarcomi. Si riscontrano altri tumori analoghi in altre parti del braccio. Esistono in altre, in vicinanza della estremità esterna della clavicola p. es., delle ferite prodotte senza dubbio dai traumi subìti durante l'estrazione del feto, morto durante il travaglio. All'esame si vede una tumefazione, verso il terzo medio dell'avambraccio lunga 4 ctm., larga 3 ctm., spessa circa 1 ctm. e mezzo. — Alla sua superficie la pelle è spessa e rugosa. Al

gomito esiste un altro tumore, avente circa il quarto del volume del primo. Ma la massa principale, di forma ovalare, si estende dalla spalla al gomito, ha un diametro di circa 8 ctm. circa. La pelle è di un color rosso scuro. È fortemente distesa ed il lato corrispondente all'addome sembra tumefatto; la scapola è respinta in dietro, e nello spazio che essa normalmente occupa, si trova un enorme coagulo sanguigno. I tessuti intorno al collo ed alla spalla sono lacerati. La congiunzione della vena giugulare e della estremità superiore del canale toracico s'è rotta. Il grosso tumore del braccio è costituito da una larga cavità ripiena da coaguli sanguigni e da siero. Di questi coaguli alcuni sono di data antica, gli altri recenti. Le pareti della sacca sono costituite dalla pelle e dal tessuto sottocutaneo, limitano pure delle logge secondarie, più o meno spaziose, egualmente ripiene di siero limpido o sanguinolento.

La parete laterale sinistra è ispessita. L'ispessimento è dovuto alla presenza di numerose cavità, simili alla precedente e a pareti flaccide. Anche i piccoli tumori dell'avambraccio sono costituiti da cisti o pareti ora flaccide ora spesse. Queste cavità cistiche sembrano essere dovute alla dilatazione di vasi e di spazi linfatici.

In una parola si trattava *di un linfangioma* del braccio sinistro e dell'avambraccio, dell'addome, divenuto la sede di emorragie e di coaguli per il fatto delle violenze subìte dal collo e dalla spalla durante il parto. A. S.

Dell'acqua calda in ostetricia. M. Henri Loraine, (*Thèse de Nancy et Revue de thérap. méd. chir.*).

L'acqua calda a una temperatura di 45° a 50° è uno stimolante energico della fibra muscolare liscia. Essa ha egualmente un'azione sui vasi trasformandosi, sia in una contrazione immediata e persistente di essi, sia in una dilatazione momentanea seguíta da contrazione. Questi due fatti fisiologici rendono conto degli effetti terapeutici sì evidenti, che esercitano le iniezioni calde da 45° a 50° sulla contrazione uterina.

È per la loro azione stimolante sulla fibra uterina che queste iniezioni costituiscono un mezzo oxitocico sì efficace e sì utile nel parto.

C'è la doppia azione esercitata dall'acqua calda sulla fibra ed i vasi, che rende conto della sua efficacia come agente di emostasi.

Le iniezioni calde devono essere preferite come mezzo d'emostasi, alle iniezioni fredde, perchè l'acqua fredda ha un'azione meno energica sulla fibra liscia e, di più, la contrazione vascolare dovuta al freddo può essere seguíta da una reazione con dilatazione paralitica; e di qui può avvenire che l'emorragia, momentaneamente arrestata ricompaia più intensa.

Influenza della suggestione sulla regolarizzazione delle funzioni mestruali.

L'influenza della suggestione sulle funzioni mestruali in certe donne fu messa fuori di dubbio da diversi osservatori ed in particolare da M. M. Liébault e Auguste Voisin, che hanno riportato fatti nei quali le regole soppresse hanno potuto essere regolarizzate a giorno fisso dalla suggestione. Il Dott. Bernheim cita un nuovo caso di questo genere nella *Revue médicale de l'Est:* egli vi parla di un'isterica di 35 anni, che, dopo due anni era mestruata ogni 15 giorni e che in quest'epoca presentava un'alterazione profonda del carattere. Quest'ammalata facile ad essere ipnotizzata e che aveva delle abbondanti mestruazioni per cinque o sei giorni verso la metà di ciascun mese, sotto la influenza della suggestione ipnotica arrivò ad averle il 25, il 26, il 27 e il 29 di ciascun mese. Nei primi periodi la mestruazione non arrivava esattamente al giorno suggerito; ne aveva la tendenza, ma precedeva l'epoca prefissa di un giorno o due. La prima volta all'epoca abituale in cui le regolari avrebbero dovuto mostrarsi senza la suggestione, ella avvertiva i sintomi precursori; la suggestione aveva ostacolato questi sintomi sino al 26° giorno, di più le regole sono poco abbondanti e non durano che tre giorni; le epoche seguenti arrivano senza sintomi precursori e senza dolori. L'organismo arriva, sotto l'influenza della suggestione a regolarizzare le epoche catameniali. A. S.

Sull'uso della Curette o cucchiajo raschiatore per curare l'emorragia che si osserva nei fibroidi uterini. Lettura fatta dal Dott. H. C. Coe, alla sezione ostetrica dell'*Accademia di Medicina.* (*British Gynaecological Journal,* fascicolo del Maggio.

1°. La emorragia nei casi di fibroidi dell' utero proviene dall'endometrio ipertrofizzato e non dal tumore stesso.

2°. La emorragia non è in proporzione diretta col volume del tumore, ma bensì con la estensione della superficie mucosa.

Ne sono le cause più attive l'ostruzione venosa, e la congestione mestruale della mucosa.

3°. In certi casi l'emorragia può essere diminuita per un tempo considerevole raschiando esattamente l'endometrio ipertrofizzato e ripetendo l'operazione tanto spesso quanto si stima necessario per dominare l'emorragia.

4°. Il raschiamento è semplicemente una misura palliativa ma mette la paziente in condizioni da continuare a vivere finchè la menopausa arriva, mentre le operazioni radicali riescono troppo spesso fatali.

5°. Il raschiamento in tali casi dovrebbe adoperarsi come un esperimento, che tuttavia è così innocuo e così frequentemente seguíto da vantaggio che si è giustificati da proporlo prima di passare alla ooforectomia, miomotomia, o alla amputazione sopra vaginale dell'utero.

6°. L'uso del raschiatojo non richiede una speciale abilità. È una operazione che può essere eseguita da qualunque esercente, ed è molto più razionale di quello che lasciare la paziente esaurirsi dalle emorragie, che le medicature ed altre misure palliative sono importanti a vincere. PASQUALI.

Laparotomia non ordinaria. DE PONTE. (*Berl. Klin. Woch.* 1888, n. 14, p. 286, e *Giorn. Intern. delle Scienze Med.*, fasc. 5, 1888).

Visitando un ospedale di Londra, il Dott. De Ponte si trovò presente ad un curiosissimo caso di chirurgia addominale. Si trattava d'una donna, che nel suo addome presentava un tumore del doppio volume d'una testa d'adulto. Il tumore negli ultimi giorni era andato crescendo rapidamente: ma, quanto al resto, il Dott. De Ponte non potè procurarsi altre informazioni. Cloroformizzata l'inferma, e prese tutte le precauzioni antisettiche, si coprì la pancia con un largo foglio di guttaperka laminata. Dopo di ciò, assicuratosi nuovamente dei limiti del tumore, l'operatore fece un largo taglio nella linea mediana: e, procedendo a strati a strati, mise a nudo un grosso tumore, il quale dalla sinfisi del pube arrivava all'appendice xifoide. Si erano prevedute delle gravi difficoltà, e si teneva pronto anche un'aspiratore di Lister. Tutti gli astanti avevano gli occhi fissi sul campo operativo, quando un assistente, che si trovava appiè del letto, vedendo scorrere del liquido, alzò il foglio di guttaperka, e scorse un feto sul letto!! Essendovi profusa emorragia, egli introdusse la mano in vagina,

ed estrasse dapprima un secondo feto (5 mesi), e poi la placenta. Si può piuttosto immaginare, che descrivere, lo stupore degli astanti nel vedere scomparire fra le mani dell'operatore, ed in un modo così naturale, il supposto tumore! La donna, medicata regolarmente guarì senza alcuno incidente. De Ponte aggiunge lealmente, che nel medesimo ospedale egli ebbe campo di ammirare delle splendide operazioni ed una grande abilità nel personale chirurgico.

Non bisogna esser molto corrivi a censurare. Il relatore conosce parecchi casi, in cui si evitarono errori somiglianti, non per l'abilità del chirurgo, ma per un caso fortunato.

Paralisi dei muscoli dell'addome in donna. A Després. (*Bulletin et memoires de la Societé de Chir. de Paris*).

Si tratta di una donna di 29 anni secondipara. Il 2° parto ha avuto luogo diciotto mesi fa. Questa donna presenta nel più alto grado quel fenomeno che gli ostetrici chiamano ventre pendulo, ventre a bisaccia, *venter propendulus*. Secondo l'autore si dovrebbe ravvisare in questa disposizione un'ernia della totalità del tubo digestivo, per paralisi completa dei muscoli dell'addome. La paralisi sarebbe provata dall'abolizione completa della contrattilità muscolare, saggiata con la elettricità.

Ovarite e Salpingite suppurate. Routier. (*Ibidem*).

Donna di 26 anni primapara, maritata, da 6 anni. Il suo parto che ebbe luogo cinque anni fa fu laboriosissimo e terminò con una applicazione di forcipe. Quindi ebbe dolori continui che si esacerbavano durante i mestrui. Lo stato generale era grave, emaciazione, febbre. Dinanzi alla gravità del caso riconosciuta l'impotenza delle medicine fu consultato il Dott. Rautier che trovò al livello del fianco destro tumefazione notevole, fornici vaginali, specialmente a destra, spinti in basso per una tumefazione periuterina, scolo purulento dall'orificio esterno, e che aumentava allorquando si faceva una pressione sulla tumefazione del fianco sinistro. Fu diagnosticato una tubo-ovarite suppurata. Fu fatta la laparotomia ed estirpati gli annessi e l'utero che avevano contratto numerose aderenze con gli organi vicini, lavanda del peritoneo con acqua bollita molto calda per la tendenza al gemizio di sangue che era molto rilevante, e per questo fu

fatto il drenaggio addominale con due grossi tubi. La donna operata il 26 Luglio lasciava l'ospedale il 20 Agosto perfettamente guarita avendo presentato una guarigione chirurgica semplicissima.

Rivista il 26 settembre dichiarò di non aver provato dopo l'operazione alcun dolore. L'ovaio e la tromba di destra saldati insieme costituivano un grosso ascesso. Gli annessi di sinistra più indipendenti fra loro avevano tuttavia la stessa trasformazione patologica. La tromba chiusa alle due estremità era trasformata in cisti contenente una grande quantità di muco-pus.

A. S. M. A.

AVVISI

MUNICIPIO DI PARMA. — Premio Speranza. — *IX e X concorso e riapertura del VII.*

Si notifica:

a) Essere contemporaneamente aperti un *nono* e *decimo* Concorso al premio istituito dal fu Dottor Carlo Speranza.

b) Essere in pari tempo riaperto il *settimo* concorso al detto premio già pubblicato con avviso 18 Agosto 1886 non essendosi riconosciute meritevoli di premio nè d'incoraggiamento le memorie mandate al concorso stesso.

Tanto i premi riferibili al IX e X concorso come quello risguardante il VII, consistono in una medaglia d'oro del valore di lire 300, da conferirsi a quel medico o medico-chirurgo italiano il quale avrà risposto nel modo più soddisfacente al relativo tema proposto dalla Facoltà medico-chirurgica della predetta Università di Parma. Nel caso in cui il premio non fosse conferito, sarà assegnata una *medaglia di argento* a titolo d'incoraggiamento a colui che meglio degli altri si sarà avvicinato allo scioglimento del tema stesso.

I concorsi rimangono aperti a tutto il 26 Giugno 1889.

Tema pel IX concorso. — Stato presente ed esame critico delle nostre cognizioni riguardo la eziologia e la profilassi della sifilide.

Tema pel X concorso — Stato presente delle nostre conoscenze intorno alla natura ed azione del virus rabico. — Mezzi profilattici della rabbia.

Tema pel VII concorso (già pubblicato nel surricordato avviso).

La ginnastica nelle scuole. — Studiarla con indirizzo scientifico, ed applicarla nei suoi vari modi in tutte le scuole dalle elementari alle superiori, e per i due sessi. — Formulare delle conclusioni pratiche da servire a codice scolastico.

Condizioni dei Concorsi — 1. I concorsi sono aperti a tutti i Medici e Chirurghi italiani. — 2. Ciascuna memoria dovrà esser scritta in lingua italiana o latina. — 3. I concorrenti dovranno trasmettere, franche di porto, le loro memorie alla R. Università di Parma entro il 26 Giugno 1889 passato il qual tempo, nessuna memoria sarà più ammessa al concorso. — 4. Ciascun concorrente dovrà contrassegnare la propra memoria con una epigrafe ed accompagnarla con una scheda suggellata, al di fuori della quale sarà ripetuta la stessa epigrafe, e nel cui interno sarà indicato il nome e cognome e domicilio dell'autore, colla prova della laurea medica o medico-chirurgica riportata in una delle Università italiane. — 5. Le memorie pervenute nel termine suddetto verranno separatamente esaminate dai singoli Professori componenti la Facoltà Medico-Chirurgica presso la R. Università di Parma, i quali, poscia giudicheranno in pieno consesso. — 6. Il consesso aprirà la sola scheda unita alla memoria giudicata degna di premio; le altre memorie colle relative schede saranno restituite, sopra domanda, ai loro Autori, e, scorsi due mesi senza che siano richieste, verranno abbruciate. — 7. L'autore della memoria premiata sarà fatto conoscere al pubblico per mezzo della *Gazzetta di Parma* e sarà invitato a ricevere il premio. — 8. La memoria premiata rimarrà depositata presso la R. Università di Parma, con facoltà all'autore di trarne copia, e di renderla pubblica, nel qual caso dovrà essere stampata come venne presentata al concorso. — 9 Ove nessuno dei concorrenti abbia nel modo più soddisfacente sciolto il proposto tema, verrà concessa una medaglia d'argento a titolo d'incoraggiamento, a quello fra essi che si sarà maggiormente avvicinato alla chiesta soluzione.

Parma, 26 Giugno 1888.

Il Sindaco: F. ZANZUCCHI.

Società Italiana d' Ostetricia e Ginecologia.

La *Società Italiana d'Ostetricia e Ginecologia* terrà in Napoli la sua quarta riunione dal giorno 3 al giorno 8 del prossimo Settembre.

I socii, che volessero fare comunicazioni, sono pregati ad inviare per tempo i titoli delle medesime al Professore Ottavio Morisani *Direttore dell' Istituto Ostetrico Ginecologico di Napoli* acciò siano compresi nel programma.

Esposizione Universale di Parigi.

La *Revue Illustrée de Polytechnique Médicale et de Chirurgie Orthopèdique* ha stabilito di fare una mostra nell'Esposizione Universale del 1889 degli strumenti e apparecchi che medici e fabbricanti vorranno affidarle.

Le domande dovranno nel più breve tempo possibile essere indirizzate alla Casa Devanchelle — Parigi — *Via Lafayette 85*, oppure all'amministrazione della *Revue* stessa, Parigi, *Via d' Hauteville 53*.

La Libreria Hoepli di Milano, *Galleria de' Cristoforis*, acquisterebbe anche usate, purchè complete, le annate 1879, 1880, 1881 del nostro periodico — Offrire direttamente.

PAGÒ LA TASSA DI COLLABORAZIONE

il Signor Bargioni Dott. Gustavo.

PAGARONO L'ABBONAMENTO

i Signori:

Dott. Nasi, Dott. Raspini, Dott. Zaramella, Dott. De Cesare, Dott. Gualco, Dott. Guastamacchia.

ANNALI DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

SOMMARIO. — Caruso Dott. Francesco. Il Taglio Cesareo conservatore con sutura dell' utero. Studio storico-casistico-critico. (*Contin.*) *Pag.* 337. Mangiagalli Prof. L. Contributo allo studio del trattamento chirurgico delle aderenze periuterine. *Pag.* 354. — Fasola Dott. E. Casistica. *Pag.* 370. — Rivista. *Pag.* 381.

IL TAGLIO CESAREO CONSERVATORE CON SUTURA DELL'UTERO

STUDIO STORICO-CASISTICO-CRITICO

DEL

Dott. FRANCESCO CARUSO

GIÀ ASSISTENTE ALLA CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA DI NAPOLI

-9 OCT 88

Continuazione V. pag. 289-296 — Luglio del 1888.

Frattanto Simon Thomas e il suo assistente Kower, di Leyden, cercavano di accreditare la legatura delle trombe Falloppiane a fine d'isterilire la donna, onde sottrarla al pericolo di una nuova gravidanza. Una tale proposta, come è noto, era stata già fatta da Blundell e tradotta in pratica la prima volta dal Lungren sulla già citata Maria Kaiser il 22 Maggio 1880 (1), ma dopo questi non v'era stato altri, se non andiamo errati, che avesse esperito un mezzo simigliante. Il Kower in una operazione praticata il 18 Luglio 1885 e coronata da successo legava le due trombe con filo di seta in un punto medio fra lo estremo uterino e la fimbria ovarica e rilevava l'utilità

(1) Loc. cit.

di una tale pratica per prevenire una novella gestazione (1). Il Simon Thomas la consigliava allo stesso scopo, preferendola pei casi di strettezza assoluta della pelvi all'operazione Porro, per avere su questa il vantaggio di non privare la donna del tributo mensile, funzione della più alta importanza per la sua salute. Ed a proposito del modo di eseguirla prescriveva, o la semplice legatura delle due tube, o la legatura seguita dal taglio delle medesime fra i punti legati per mezzo del cauterio del Paquelin (2).

Sullo scorcio dell'anno che abbiamo percorso, l'Harris, di Philadelphia, lo storico americano dell'operazione cesarea, continuava la serie di pubblicazioni sull'argomento iniziata nel 1877 con un lavoro dal titolo « Sulla scelta dei metodi nel taglio cesareo » (3), in cui dopo aver fatto rilevare i cattivi risultati ottenuti fino allora in America ne' casi nei quali era stato sperimentato il processo del Sänger, a causa del tardivo intervento, come del resto appoggiandosi alle sue ricerche statistiche riguardanti la detta regione era venuto alla stessa conclusione pel taglio cesareo antico, insisteva ancora una volta sulla necessità di operare a tempo, in un momento più vicino all'inizio del travaglio, e non quando la donna fosse spossata, sia per la lunga durata del parto, sia per tentativi antecedenti di forcipe, versione e craniotomia (4). —

Accanto al precetto dato dall'Harris sul tempo più opportuno per praticare l'operazione, è da registrarsi l'altro

(1) Keizersnede wegens algemeene Bekkenvernauwing, in verband met verlamming der onderste ledematen in den kinderlijken leeftijd. — Nederlandsch tijdschr. v. Geneeskunde. N. 45, pag. 937-41.

(2) Nederlandsch. tijdschr. v. Geneeskunde. 1885 — 2ª parte.

(3) The Choice of Methods in Abdominal Delivery. — The American Journal of Med. Sciences. Ottobre 1885, pag. 365-73.

(4) Nei lavori posteriori (Phila. Med. News 17 Luglio 1886, p. 63. — Ibid. 18 Settembre 1886, p. 317. — Ibid. 16 Ottobre 1886), poggiandosi sui dati statistici da lui diligentemente raccolti, l'A. non tralasciava di raccomandare di accingersi per tempo all'operazione in esame (*early operation*) e di schivare qualsiasi manovra antecedente di liberazione.

analogo stabilito dallo Schröder nella 9ª Edizione del suo classico manuale di Ostetricia (1) che suona così: « Il « momento più opportuno da scegliere per l'intrapresa « dell'operazione è quello più per tempo possibile, o al « principio del 1° periodo del travaglio, o anche prima « dello stabilirsi del medesimo, poichè in tal modo si po- « trà, dopo appropriata disinfezione della vagina, fare « assegnamento su di un canale genitale asettico. Al ti- « more che l'utero, quando si operi così per tempo, non « si contragga convenientemente dopo il suo vuotamento, « non è a darsi peso » (2).

Riportando questo precetto dello Schröder siamo entrati col nostro esame nel 1886, sul principio del quale anno abbiamo una comunicazione dello Schauta, che è tutta una calda raccomandazione a favore del filo di argento come materiale di sutura uterina (3).

A dire dello Schauta, questo materiale di sutura era stato quasi dimenticato (4), quando il Sänger venne a sollevarlo dall'oblio. L'Autore dice di essere convinto che l'uso del filo di argento nella sintesi della ferita uterina è destinato a riabilitare completamente l'operazione cesarea conservatrice. Pertanto, la tecnica della sutura uterina con filo di argento da lui seguita nei due casi, che formano

(1) Lehrbuch der Geburtshülfe etc., Bonn, 1886.

(2) La suddetta norma è mantenuta integralmente nell'ultima edizione del citato manuale (10ª — Bonn, 1888) pubblicata per cura di Olshausen e J. Veit.

È utile pertanto riportare qui il brano corrispondente al detto precetto contenuto nella edizione precedente dello stesso manuale per far notare la differenza che corre fra esso e quello di qua su. È il seguente: « Il momento più opportuno per l'operazione « è quello in cui, essendo ancora integre le membrane, l'orificio è abbastanza dilatato « e i dolori sono forti. Se si fa prima mancano le contrazioni uterine tanto importanti « per l'atto operativo; se più tardi, ad acque colate, s'incontrano maggiori difficoltà ed « il pronostico per il feto è più cattivo. »

(3) Ein Fall von konservativem Kaiserschnitt mit günstingem Ausgang für Mutter und Kind, nebst Bemerkungen über Silberdrahtnaht des Uterus. Wien. med. Woch. 1886, N. 2, 5, 19, 20.

(4) Per la storia completa dell'applicazione del filo d'argento alla sutura della ferita cesarea riscontrisi: Sänger, Der Kaiserschnitt etc.... pag. 84-94.

il sostrato della presente contribuzione ad aver bisogno d'una modifica consistente nel servirsi di aghi armati con filo di seta, lungo tanto da potere essere condotto attraverso entrambi i margini della incisione, congiunto al filo di argento ripiegato ad ansa per mezzo di un nodo, in guisa che il primo filo si trovi abbracciato dall'ansa suddetta. (Pratica adoperata dal Bozemann nell'operazione della fistola vescico-vaginale. Nelle operazioni citate l'Autore aveva infilato il filo di argento direttamente nell'ago: gli era perciò riuscito difficile di passare alcune suture; e, ne' punti in cui aveva incontrato l'ostacolo al loro passaggio, dai tragitti delle medesime era venuto fuori del sangue.

Volendo poscia rilevare i pregi del filo di argento, lo Schauta stabilisce un parallelo fra esso ed il filo di seta. Dopo di aver dimostrato con dati statistici che il filo di argento aveva dato migliori risultati e prima e dopo la introduzione dell'antisepsi, dice che il medesimo possiede i vantaggi seguenti su quello di seta: 1° di potere meglio esser reso asettico; 2° di non lacerare i tessuti. Il filo di seta stringe nella sua ansa i tessuti allo stesso modo che farebbe una legatura elastica; esso li comprime di sotto, sui lati e di sopra, formando un angolo retto al di sopra della superficie esterna dell'organo. Non sopportando i tessuti questa specie di pressione, finiscono per aumentare di volume ed il filo si scioglie.

Il filo di argento, all'incontro, bastando per portare in contatto la superficie di taglio d'incrociarne gli estremi, produce su' tessuti una pressione soltanto di sotto e sui lati, e non forma un angolo retto alla superficie esterna dell'utero, sibbene una specie di arco, grazie alla sua rigidità. Lo Schauta chiude la sua contribuzione col dire che il segreto del successo del taglio cesareo conservatore non risiede in un complicato processo di sutura e nella

preparazione della ferita della matrice, ma nella applicazione di un' accurata sutura con filo di argento attraverso tutto lo spessore della ferita senza comprendere la decidua, naturalmente congiunta con l' impiego rigoroso delle cautele antisettiche. —

Un' altra variante di sutura siero-sierosa è quella che venne esperita da B. S. Schultze in una operazione praticata il 25 Gennaio 1886 alla Clinica di Jena e descrittaci dal suo assistente lo Skutsch (1). L'ago munito di un sottile filo di seta fu introdotto nella sierosa in *a* (Fig. 17), $^1/_4$ di cm. distante dal margine della ferita e condotto parallelamente al medesimo attraverso la sierosa e lo strato muscolare più superficiale pel tratto di $^1/_2$ cm. ed estratto dalla sierosa in *b*; indi, portato trasversalmente al di sopra della ferita, fu fatto penetrare di nuovo nella sierosa in *c*, rincontro al punto *b* e alla stessa distanza dal margine della sierosa, venne di nuovo condotto parallelamente al margine della ferita ed estratto in *d* di rimpetto al suo primo punto di entrata nella sierosa, *a*. Esercitando delle trazioni sugli estremi del filo, le superficie sierose comprese allo interno dell'ansa dello stesso, cioè nello spazio *a b c d*, vennero a porsi in contatto, dopo di che i due capi del filo furono annodati. Di tali suture se ne applicarono cinque (2).

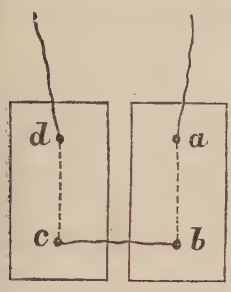


Fig. 17.

Lo Skutsch aggiunse che il suddetto procedimento è comodo e raggiunge facilmente il fine che si propone, però

(1) Kaiserschnitt mit Uterusnaht. — Arch. f. Gynäk., Bd. XXVIII, Hft. 1, p. 131-143.

(2) Questa modalità di sutura siero-sierosa è analoga alla già menzionata sutura intestinale del Gély, colla differenza che in questa si abbraccia tutto lo spessore della parete dell' intestino e non soltanto la sierosa collo strato muscolare più superficiale, e, dopo di aver condotto il filo come in *a*, *b*, *c*, *d*, se ne incrociano i capi, e l'esterno *d* munito di ago viene introdotto di nuovo in *a*, l'estremo *a* del pari munito di ago di nuovo in *d*, facendo percorrere agli aghi le vie *a b*, *d c*, estraendoli in *b* e *c* ed annodandoli infine secondo il decorso della linea *c b*.

non è indispensabile per conseguire un soddisfacente affrontamento della sierosa in superficie. Lo Schultze l'adoperò, perchè aveva fatto buona pruova nel trattamento intraperitoneale del peduncolo nell'ovariotomia e nell'amputazione sopravaginale dell'utero. Lo Skutsch disse di essere convinto che l'operazione avrebbe avuto lo stesso esito fausto adoperando delle semplici suture a piccoli steccati (1).

Il Freudenberg, a proposito della pubblicazione di 21 operazioni cesaree praticate nella Maternità di Cöln dall'anno 1870 al 1884, di cui 4 avanti l'introduzione della antisepsi, fa numerose osservazioni sulla tecnica del taglio cesareo con sutura dell'utero, le quali meritano di trovar posto in questa esposizione (2). L'Autore attribuisce i cattivi risultati ottenuti nelle suddette operazioni (13 morti; — mortalità = 76,20 °/₀), oltre che alle pessime condizioni igieniche della Maternità di Cöln, all'uso del catgut adoperato esclusivamente come materiale di sutura uterina. In parecchi casi la ferita uterina fu trovata beante alla autopsia, per essersi le suture sciolte, e riassorbite molto per tempo, o aver lacerate le margini della incisione. L'Autore quindi, professando il principio che l'ottimo è nemico del buono, proscrive il catgut come materiale di su-

(1) In un'operazione praticata dall'Eichholz anche a Jena il 30 Marzo 1887 (Ein Kaiserschnitt. — Der Frauenarzt, Maggio 1887, p. 228) troviamo tradotta in pratica per la seconda volta la suddetta variante di sutura siero-sierosa. L'Operatore però si limitò alla applicazione di una sola di tali suture, e manifestò l'opinione che con la sutura in esame si va incontro ad uno sciupio di tempo che può essere evitato coll'ordinaria sutura a punti staccati.

Per la terza volta questa specie di sutura fu utilizzata dallo Skutsch il 18 Marzo 1888 in un caso che sortì con esito favorevole ed il cui puerperio fu affatto fisiologico. (Caso inedito. — Comunicazione epistolare dell'Operatore in data del 30 Maggio 1888.)

Intanto lo Schultze, in un'operazione cesarea praticata non ha guari (23 Luglio) sullo stesso soggetto della sua prima operazione già citata, abbandonava affatto la pratica della sutura descritta, e si limitava ad applicare delle suture profonde (7) e di media profondità (12), facendo a meno delle suture siero-sierose. L'operata guariva. (Caso inedito. — Comunicazione epistolare dell'Operatore in data dell'11 Agosto p. p.).

(2) Casuistische und kritische Beiträge zur Kaiserschnittsfrage. — Arch. f. Gynäk. 1886, Bd. XXVIII, Hft. 2.

tura uterina e si schiera tra i fautori del filo di seta che afferma dover riuscire, sia per lo incapsulamento, sia pel riassorbimento cui va incontro, affatto innocuo per l'organismo.

Passa poscia ad occuparsi delle aderenze dell'omento con la matrice da lui spesse fiate osservate in donne operate per la seconda volta di taglio cesareo e dissente dall'opinione di coloro che reputano un errore operatorio quello di ricuoprire la ferita della matrice con quella parte di omento che capita sotto le mani durante l'operazione. Una tale condotta, buona certamente nei casi di non praticata sutura della matrice, dovere anche essere utile fra certi limiti in quelli di esatta chiusura della breccia uterina, previa però la fissazione dell'omento a quest'ultima per mezzo di suture con catgut (1), per evitare che il secreto dell'utero e della ferita si versi nel ventre, agendo l'omento come una specie di covertura e come mezzo atto ad impregnarsi del suddetto secreto; e, anche ne'casi di mancata *prima reunio* della ferita, come una barriera protettrice contra il versamento accennato (2).

(1) Il consiglio dato qui dal Freudenberg era stato già tradotto in pratica dallo Ehrendorfer in una operazione cesarea da questi praticata secondo il processo del Sänger il 29 Settembre 1884, però senza la suddetta fissazione dell'omento alla ferita uterina. (Mittheilung über zwei an Hofraht Späth's Klinik ausgeführte Kaiserschnitt-Operationen. — Arch. f. Gynäk., Bd. XXVI, Hft. 1 p. 125-136).

(2) Su questi principii erano fondati i processi di sutura utero-parietale del Pillor di Rouen, di Lestocquoy d'Arras, di Baudon, di R. Barnes ecc...., oggi del tutto abbandonati. Il processo di Frank, di Cöln, che può essere ascritto nella categoria dei processi di sutura utero-parietale, si propone l'identico fine de' processi suindicati di sutura utero-parietale, che cerca di raggiungere colla costruzione di una specie di saccoccia a foggia di padiglione (suturando entrambi i legamenti rotondi al di sopra della ferita uterina e gli stessi nella loro parte inferiore col foglietto parietale del peritoneo ec.) affatto separata dalla cavità peritoneale, nel cui fondo viene a trovarsi la ferita della matrice. (Beitrag zur Lehre von der Sectio caesarea. — Centralb. f. Gynäk., 1881 n. 25: Nactrag, ibidem, 1882 n. 2.; Zur Lehre von der Sectio caesarea. — Berliner klin. Woch. 1885. n. 22).

Nello stesso intento il Kehrer raccomandò, nella pratica del suo processo, di lavare con una soluzione concentrata e lievemente caustica al sublimato 1 $^0/_{00}$ la intera parete anteriore dell'utero, dei parametri e la superficie opposta della parete anteriore dello addome allo scopo di produrre un'infiammazione adesiva fra i due foglietti del peritoneo. (Zur Kaiserschnittsfrage. Arch. f. Gynäk., Bd. XXVII, Hft. 2), pag. 233 e 259-60.

In quanto poi al modo più opportuno per scollare le membrane dell'uovo, l'Autore si dimanda se non sia indicato l'uso della *curette* che ha sì larga applicazione nella terapia dell'aborto. Si sia pur fatta una accurata detersione della superficie interna dell'utero con una soluzione concentrata di acido carbolico o con sublimato, non perciò si è completamente al sicuro contra il pericolo dell'infezione. La completa sicurezza avverso un tale pericolo viene data senza dubbio dall'asportazione della mucosa dell'utero. Comportandosi in tal guisa, viene risparmiato all'utero il lungo processo della completa espulsione della decidua materna, legato mai sempre con pericolo per l'operata, e viene notevolmente accelerato nella matrice, grazie all'irritazione prodotta dalla *curette*, lo stabilirsi della contrazione. Così si è protetti contro il pericolo della sepsi e contro l'altro dell' emorragia, le due capitali esigenze del taglio cesareo conservatore. Ed aggiunge: supposto che l'accennata proposta non incontri il favore di tutti i pratici, sarebbe per lo meno lecito di contare sulla sua approvazione per quei casi in cui è da temersi un'endometrite già in atto. La mucosa uterina costituisce un terreno difficilmente trattabile con le soluzioni antisettiche; l'agente infettivo, ad onta delle detersioni e disinfezioni della suddetta membrana, può rimanere di leggieri annidato in essa. Al *curettement* sarebbe da farsi seguire una iniezione antisettica lievemente caustica. Lo svantaggio ravvisato da alcuni nell'uso della *curette*, che cioè produca la sterilità, secondo il Freudenberg, nel taglio cesareo conservatore non è da considerarsi come tale, quando si pensi che la sterilità indotta dalla operazione del Porro è ritenuta da molti come un reale giovamento. —

Dalla Clinica di Bonn riferiva più tardi il Krukenberg intorno a due operazioni cesaree in cui fu sperimentata per la prima volta la sutura a strati o a piani (la *Eta-*

gennaht degli autori tedeschi) della ferita uterina, in fondo analoga alla pratica proposta dallo Schröder pel trattamento del peduncolo dopo la miomotomia (1).

Nella 1ª operazione praticata da G. Veit il 25 Giugno 1885, previo un leggiero scollamento della sierosa e corrispondente resezione della muscolare, furono applicate 7 suture profonde, le prime 6, in modo analogo alla sutura intestinale di Wölfler, abbraccianti, cioè, la decidua e lo strato più basso della muscolare e coi nodi rivolti verso la cavità uterina (Fig. 18), e la 7ª col nodo fra la su-

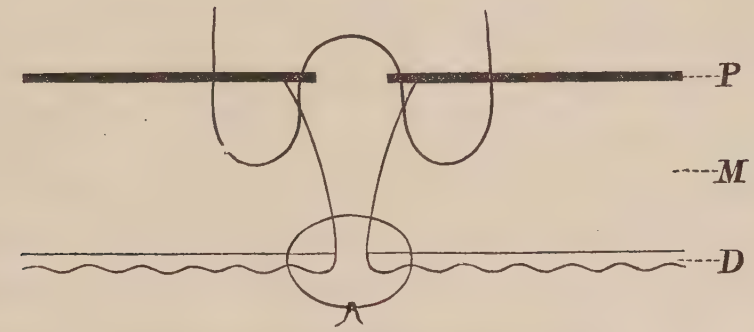


Fig. 18.

perficie di taglio. A queste si fecero seguire 12 suture di media profondità siero-muscolari attraversando il peritoneo in due punti su ambo i lati ed affrontandolo in superficie. (Intercalate fra le suture predette delle suture superficiali comprendenti esclusivamente il peritoneo).

Nella 2ª operazione fatta dal Krukenberg il 21 Dicembre 1885 vennero apposte ca. 10 suture racchiudenti la metà inferiore dello strato muscolare, (Fig. 19) e 16

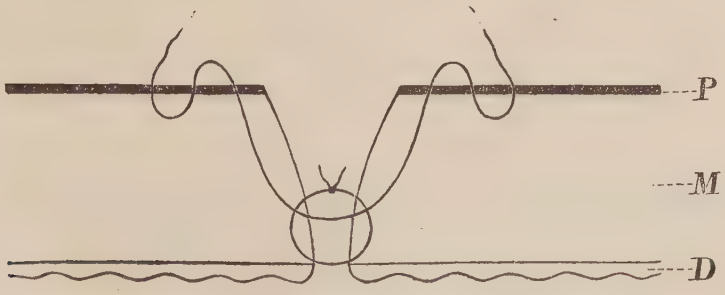


Fig. 19.

(1) Beiträge zur Kaiserschnittfrage. — Arch. f. Gynäk., 1886 Bd. XXVIII, Hft. 3.

altre secondo il processo di sutura intestinale del Gussenbauer facendo passare le anse delle medesime alquanto al di sotto del livello superiore delle prime suture. (Anche qui dei punti di sutura esclusivamente siero-sierosa) (1). Questa contribuzione del Krukenberg è ben atta di richiamare ulteriormente l'attenzione per altre vedute anche in attinenza colla tecnica operativa in esame, ma queste saranno da noi rilevate in prosieguo. —

Il Fasola, a Firenze, nel caso già citato di operazione alla Porro in data del 19 Aprile 1886, aveva praticato prima, come è stato detto di sopra, il taglio cesareo conservatore, arrecando notevoli modifiche al processo del Sänger riguardo alla tecnica della sutura dell'utero. Riportiamo testualmente dalla pubblicazione dell'Autore, il brano che ad esse si riferisce: « Per avvicinare e « adattare meglio le labbra della ferita ed impedire il « passaggio di sostanze della cavità uterina attraverso « la ferita, ... fu pensato di fare prima una sutura a so- « praggitto del margine mucoso della ferita, interessando « soltanto la mucosa (Fig. 20, *S. D.*) (2); la pratica non fu

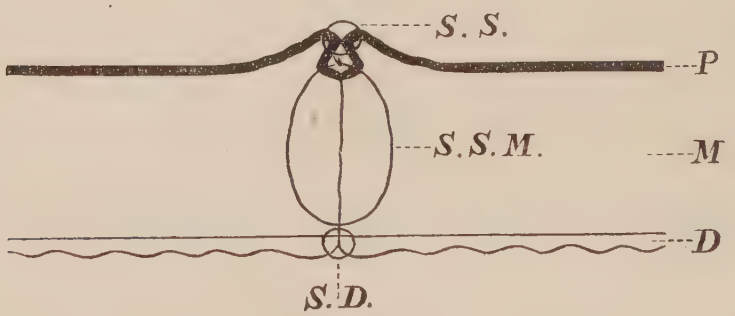


Fig. 20.

(1) La possibilità di adibire la sutura a strati dello Schröder, non che i due processi di sutura intestinale di Wölfler e Gussenbaner per la sintesi della ferita uterina era stata già riconosciuta dal Sänger. Riscontr.: Der Kaiserschnitt bei Uterusfibromen ecc., p. 164-66 e figure 13, 14, 15, 16 e 17.

(2) Questa Figura non si riscontra nel lavoro in esame.

« nè difficile nè lunga e lo scopo sarebbe stato raggiunto.
« In questa sutura si pruovò *il crine di Firenze*, (1) e si
« dovette abbandonare perchè lacerava troppo i tessuti; e
« si dovette abbandonare anche il catgut perchè di cattiva
« qualità: si ricorse alla seta fenicata come per le suture
« successive. Poscia vengono applicati 15 punti di su-
« tura siero-muscolare, vicini fra loro, e comprendenti
« lo spessore de' margini della ferita uterina, con esclu-
« sione della mucosa soltanto (*S. S. M.*) ..... Lavata la
« superficie cruenta, e cospersa di iodoformio, si stringono
« i nodi. Infine si procede alla sutura siero-sierosa .... a
« sopraggitto nel modo seguente. Cominciando dall'alto, si
« passa l'ago attraverso e sotto la sierosa a qualche mil-
« limetro all'esterno della ferita, e si fa uscire in tutta
« vicinanza del margine libero: l'ago è passato successi-
« vamente attraverso e sotto la sierosa della parte opposta,
« penetrando in tutta vicinanza del margine libero, e si
« fa uscire a qualche millimetro all'esterno: si forma un
« nodo senza tagliare il filo, che è passato successiva-
« mente e con le stesse norme ne' margini sottostanti
« della sierosa, formando altrettanti punti vicini di sutura
» a sopraggitto, fino all'angolo inferiore dove si stringono
« gli ultimi due nodi. *S. S.* »

Questa specie di sutura uterina adoperata dal Fasola deve esser messa fra le varianti della sutura a strati di cui innanzi ci siamo cominciati ad occupare. Qui infatti

(1) Il crine o filo di Firenze, *fil de Florence,* come è noto è la stessa cosa che il *silk-worm* degli Inglesi. Questa è l'unica osservazione clinica finora pubblicata, in cui trovasi fatto cenno di un tentativo di applicazione del silk-worm per la sintesi della ferita cesarea. Dalle comunicazioni epistolari ed orali di varii Operatori ci consta che questo materiale di sutura non sia stato da altri sperimentato per lo scopo predetto. Intanto J. Veit (Schröder's Lehrbuch der Geburtshiilfe — loco cit. pag. 367), dopo di aver raccomandato il catgut per la sutura della ferita uterina, emette l'asserzione seguente: « Però anche la seta ed il silk-worm vengono adoperati con successo, » la quale, dopo quello che abbiamo detto, per quanto riguarda il silk-worm deve esser ritenuta falsa addirittura.

troviamo la sutura in tre serie, dello strato cioè deciduale, muscolare e sieroso. È utile a questo proposito notare dapprima che la sutura a sopraggitto della mucosa non era stata per anco tentata. Vi erano stati, è vero, alcuni, che avevano praticato la sutura della mucosa; però, o in unione dello strato muscolare soltanto (Kehrer), o dello strato muscolare e sieroso insieme (Garrignes, Arnott), ma giammai isolatamente. L'unico caso, poi, che è a nostra conoscenza, in cui posteriormente fu recata in atto la suddetta sutura, è quello di Jay, di Baltimore (operazione in data del 23 Ottobre 1887; — comunicazione epistolare del Dott. Harris, di Philadelphia).

In secondo luogo è importante di rilevare la pratica qui adoperata della sutura siero-sierosa a sopraggitto. Questa, che, come è risaputo, è conosciuta anche sotto il nome di *cucitura a pellicciaio*, sutura a punto continuo (Kürschnernaht, fortlaufende Naht dei tedeschi), sarebbe stata anche qui esperita per la prima volta, per quanto ci sappiamo. Essa venne in seguito impiegata da un gran numero di operatori (Chiara, Leopold, Korn Maassen, Schröder, Lébédéff, Hofmeier, Geyl, J. Veit, Merkel, Norment, Jaggard, G. Braun ecc. . . . .). Più di tutti però se n'è giovato il Leopold (1). Ma della maniera con cui suole procedere il Leopold in una tale pratica, crediamo meglio occuparci a proposito dell'esame di un altro suo lavoro sull'argomento, che ha visto la luce nell'anno in corso, in cui l'Autore intorno alla tecnica della sutura suddetta dava precetti identici a quelli contenuti nel lavoro qui citato, però sul fondamento di un più vasto materiale clinico. —

La quistione della tecnica del taglio cesareo conservatore fu ampiamente discussa in quest'anno al 1° Congresso

(1) Deutsch. med. Woc. 1886, n. 32.

della Società Ginecologica Tedesca tenutosi a Monaco (1). Anche qui si volle semplificata viemmaggiormente la tecnica suddetta, come appare manifesto dal titolo della comunicazione fattavi dal Sänger « Sulla semplificazione della tecnica del taglio cesareo. » L'Autore disse essere necessario adoperarsi a tutt' uomo per semplificare il più che fosse possibile la tecnica dell'operazione in esame per renderne agevole l'esecuzione a quei medici pratici che in circostanze speciali possono essere chiamati ad affrontarla nelle campagne. Gli stessi precetti pel taglio del ventre e dell' utero. Non suture provvisorie nella metà superiore della ferita addominale; basta la semplice compressione manuale delle pareti del ventre. Qui troviamo assegnato un processo alquanto diverso da quello dato antecedentemente dall'Autore in riguardo al tempo in cui lo sgusciamento dell' utero dall' addome deve essere praticato. È il seguente: l'eventrazione dell' utero deve essere prodotta dagli assistenti contemporaneamente allo sprigionamento del feto. In mancanza di laccio elastico, compressione manuale del segmento uterino inferiore o torsione dell' utero sul proprio asse. Non più scollamento della sierosa e resezione della muscolare. Il filo di argento non può rimanere per l'avvenire, come ebbe ad affermare lo Schauta, l' unico materiale di sutura per le suture profonde. Più di un materiale di sutura non è stato ancora sperimentato, come per es.: il silkworm, il catgut di Kocher; e non è dato di sapere quali innovazioni su questo particolare della tecnica potrà arrecarci l'avvenire.

Questa comunicazione del Sänger diede luogo ad una ampia discussione che riassumiamo brevemente.

Lo Schauta consigliò di passare a banda a banda la placenta colle mani, scambio di scollarla da uno dei lati,

(1) Verhandl. d. Deutsch. Gesellsch. für Gynäk., — Erster Kongress abgehalten zu München. — Leipzig, 1886, pag. 113 e seg.

perciocchè nel distacco laterale si aprono più vasi e la parte distaccata s'intromette nella ferita. Si penetri colla mano e non col bisturì per evitare la ferita del tralcio ombelicale. Disse l'estrazione del prodotto doversi fare per quella parte che giace più accosto alla ferita. Come materiale di sutura profonda insistè sull'uso del filo di argento, come quello che mantiene le superficie della ferita meglio a contatto del filo di seta; aggiunse non proscrivere quest'ultimo materiale di sutura per timore della infezione, ma a causa dello stimolo meccanico che esercita sui tessuti.

Il Kaltenbach parlò a favore dell' uso del filo di seta come materiale di sutura uterina.

Il Fehling raccomandò la pratica del Müller (incisione dell'utero, previa eventrazione e costrizione del cono-cervico-uterino per mezzo del tubo elastico prima dell'apertura dell'organo). Una ferita addominale alquanto più larga non ha alcun inconveniente. Riconobbe nel filo di seta tanto per le suture profonde quanto per le superficiali il materiale di sutura dell'avvenire, come quello che può essere facilmente maneggiato da qualunque pratico, porta più esattamente del filo di argento a contatto le superficie della ferita e non può dar luogo a sinistri accidenti, lorchè è asettico e non penetra nel cavo dell'utero.

Leopold disse che nelle sue ultime operazioni aveva cercato di semplificare la tecnica il più che possibile. Anche egli accettò la pratica dell' incisione dell' utero dopo il suo sgusciamento e quella dell'applicazione del laccio elastico attorno all'istmo uterino, da stringersi però solamente dopo lo sprigionamento del feto. Il filo di argento di cui si servì per la sutura dell'utero fu più spesso di quello adoperato dal Sänger. Raccomandò di fare due iniezioni di ergotina nella sostanza dell'utero, a sutura completa e prima della rimozione del tubo elastico, e l'uso del mas-

saggio prima di riporre l'utero nel ventre a fine di prevenire un'emorragia *post partum*. —

Poco più tardi il Leopold comunicando il risultato di due altri casi di taglio cesareo conservatore (1) rilevava gli inconvenienti del filo d'argento (che aveva sino allora adibito per la sutura della ferita uterina) sull'ulteriore decorso, sia perchè i suoi nodi irritano il peritoneo o l'omento, sia perchè dopo un certo tempo l'intera ansa metallica può essere espulsa verso una direzione od un'altra. E quando anco i fili, grazie al loro incapsulamento, fossero diventati affatto innocui e fossero venuti a trovarsi sotto o nella sierosa uterina, non è dato di sapere se, pel fatto di questa sorta di espulsione de' fili, la cicatrice uterina divenga troppo sottile, o sporga a mo' di ernia, ovvero acquisti una eccessiva resistenza, in una parola se la medesima subisca dei cangiamenti svantaggiosi per le gravidanze ed operazioni successive. Queste le ragioni che fanno proscrivere definitivamente il filo di argento come materiale di sutura uterina. Per questa sutura fa mestieri, secondo l'Autore, sciegliere un materiale che possegga i due seguenti requisiti: 1°) quello di avvicinare agevolmente le superficie della ferita in tutta la sua lunghezza e larghezza ed opporsi con sicurezza ad un'emorragia postuma; 2°) l'altro di dissolversi in prosieguo ed allorchè la cicatrizzazione della ferita sia avvenuta. Questo materiale di sutura può essere il catgut preparato all'acido cromico, che a dire dell'Autore prima che egli lo adoperasse nei due casi suaccennati, non era stato per anco utilizzato per la sintesi della ferita cesarea (2), e la

(1) Zwei weitere conservirende Kaiserschnitte mit Chromsäurecatgutnaht und glücklichem Ausgange nebst Bemerkungen über die Vereinfachung des Kaiserscnittes. Deutsch. med. woch. 1886, n. 32.

(2) Su questo punto non possiamo accordarci col Leopold, e crediamo che la priorità nell'uso del catgut all'acido cromico per la sutura della ferita uterina si debba allo Späth, il quale adoprò il suddetto materiale in un'operazione cesarea praticata il dì 14 Aprile 1882, riferitaci da Ehrendorfer, allora suo assistente (Casuistik der Kaiser-

cui bontà era stata provata in ispecial modo dal Mikulicz in un gran numero di facili e difficili operazioni (ferite intestinali, laparotomie, colporafia anteriore e posteriore, lacerazione del peritoneo ecc. . . . . (1). Accetta e commenda la formola proposta dal suddetto Autore per la preparazione del materiale in quistione, che consiste nel lasciare il catgut per 48 ore nel glicerolato fenico al 10 per 100, indi per 5 ore in una soluzione di acido fenico al $^1/_2$ per 100 ed infine conservarlo in alcool assoluto. Per ogni sutura profonda fa d'uopo di fare un nodo chirurgico ed un nodo semplice. Il catgut alquanto ruvido si lascia benissimo maneggiare e porta, ripiegando in dentro le lamine sierose, le margini della ferita largamente e comodamente a contatto. Che la sutura al catgut preparato all'acido cromico sia sicura, lo dimostra il decorso affatto afebbrile dei puerperi ne' due menzionati casi e lo stato dell'utero (mobile) a guarigione completa. In conclusione il catgut all'acido cromico, conforme alle vedute dell'Autore, rappresenterebbe l'ideale del materiale di sutura uterina.

Oltre ad occuparsi del materiale di sutura, il Leopold in questa contribuzione ritorna a dare delle norme sistematiche per la tecnica del taglio cesareo conservatore. Tra queste ci paiono degne di menzione quelle che si riferiscono alla toilette della cavità uterina innanzi di procedere alla sutura del viscere. Consiglia a tal uopo di produrre un'inversione uterina attraverso la ferita, e, alquanto

schnitt-Operationen. — Arch. f. Gynäk., Bd. XX. Hft. 1 p. 101-116. Ma qui ci sentiamo fare un'obbiezione ed è che nel caso dello Späth fu usato il catgut all'acido cromico preparato secondo le norme primitivamente assegnate dal Lister e non quello preparato secondo le norme date dal Miculicz che segna un reale progresso sul primo. Questa obbiezione cade innanzi alla considerazione che rileva la maniera assoluta con cui il Leopold si espresse al proposito nella sua pubblicazione. Egli infatti parlò di catgut all'acido cromico in generale e non fece questione di catgut cromico preparato secondo le norme di Lister, o secondo quelle di Miculicz.

(1) Verandlungen der deutschen Gesellscaft für Chirurgie. 13 Kongress. 1884. Berlin. Hirschwald, pag. 9.

meno radicale del Freudenberg, si contenta di raccomandare la rimozione di tutti i brandelli di decidua e lo strato superficiale di questa, specie in corrispondenza degli sbocchi delle trombe, mercè del manico del portaspugna o del dorso del bistorì fino al punto di ottenere una superficie levigata di un color rosa sbiadito.

(Continua)

ISTITUTO OSTETRICO GINECOLOGICO DELLA R. UNIVERSITÀ DI CATANIA

MANGIAGALLI Prof. L.

CONTRIBUTO ALLO STUDIO DEL TRATTAMENTO CHIRURGICO DELLE ADERENZE PERIUTERINE

Le aderenze periuterine, che risultano il più delle volte da processi di perimetrite, qualche volta da parametrite o dall'associazione di entrambe le forme, col loro svariatissimo corteo sintomatico, cogli effetti d'indole meccanica che ne sono la conseguenza, colle alterazioni funzionali che ne sono ingenerate, costituiscono una delle affezioni più ribelli contro cui s'infrangono molte volte gli sforzi e le cure del ginecologo, e rendono miserrima l'esistenza o quanto meno tolgono la capacità al lavoro, impediscono il godimento della vita. Negli ospedali tali ammalate ritornano a brevi intervalli, e vi fanno un lungo soggiorno finchè sieno debellate le facili e frequenti recidive del processo, che è stato causa delle aderenze, e ne sortono deboli, non resistenti ad un lavoro proficuo, tormentate da dolori e da sofferenze d'indole svariata, veri non valori sociali. Nella classe ricca formano la disperazione dei medici curanti, chiedono ai ginecologi più conosciuti

un sollievo alle loro sofferenze, popolano le stazioni balneari. Certo vi ha caso e caso e non in tutte il quadro si presenta a tinte così fosche, ma tutti i ginecologi converranno sulla verità e sulla frequenza di tale quadro. Antiflessioni ad angolo acuto dell' utero, retroflessioni di questo viscere irreducibili, spostamenti in totalità dell' utero verso l'arco pelvico laterale di sinistra o di destra, torsioni sul suo asse longitudinale, spostamento dell'ovaio il più di spesso nello spazio di Douglas, incarceramento dell'ovaio spostato entro aderenze più o meno fitte, spostamenti delle tube, trazioni sul collo vescicale, aderenze di un'ansa intestinale ad uno degli organi pelvici, compressioni sui plessi venosi pelvici, forme catarrali diuturne molte volte specifiche, qualche volta emorragie atipiche più o meno gravi, dolori pelvici variamente localizzati, quasi sempre sterilità, frequentissimo l'aborto se avviene il concepimento, ecco il fondo del quadro. Cause ed effetti si associano per rendere misera ed infelice l'esistenza della donna, che ne è affetta, brevi periodi di benessere si alternano con lunghi periodi di sofferenza, e solo nella lontana epoca climaterica si può scorgere un raggio di speranza che vengano rimosse tali sofferenze.

Il compito terapeutico è immensamente difficile. Ideale della terapia sarebbe sciogliere le aderenze, ridonare ai visceri spostati la loro posizione normale, ripristinare la funzionalità normale degli organi pelvici e specialmente di quelli della riproduzione. Pur troppo questo ideale è raggiunto in modo eccezionale, e il più delle volte il ginecologo si chiama fortunato se riesce a togliere soltanto le sofferenze. L'arte, giova subito riconoscerlo, è oggidì a tale riguardo molto più ricca di espedienti, di mezzi curativi, di quello che non fosse pochi anni or sono. Una discreta esperienza mi permette di analizzarli e di valutarli prima di esporre il caso clinico oggetto dell'attuale pubblicazione.

La natura ha qualche volta nella gravidanza il modo migliore di cura radicale. Sotto l' influenza di essa le aderenze possono distendersi, allentarsi, scomparire. Ricordo il caso di una signora che aveva da due anni una retroversione di utero irreducibile per aderenze; avvenne un nuovo concepimento e potei io stesso constatare e seguire i progressi della gravidanza, e la riduzione dell' utero spostato. Fallace speranza il più delle volte poichè l'aborto è frequente nei pochi casi in cui il concepimento avviene, ed ogni ostétrico ne ricorderà in cui l'aborto doveva appunto attribuirsi a tale causa! Quando si pensi alle cause che producono la sterilità in simili casi farà sorridere la proposta del Buckmaster (1) di servirsi della fecondazione artificiale per indurre una gravidanza terapeutica in sostituzione della rimozione degli annessi.

Se il processo è recente, se ci sono residui di essudati, se è dolorosa la esplorazione, se abbiamo ancora il timore di riacutizzare un processo non completamente spento, ogni nostra cura deve essere rivolta a risolvere completamente il processo, a impedire le recidive. La vita riposata e tranquilla della campagna, l'astensione dai rapporti coniugali, le cure solventi, le cure balnearie, il tampone vaginale glicerinato o diversamente medicato, le irrigazioni di acqua calda possono succedersi od alternarsi ed associarsi nel sistema terapeutico rivolto a raggiungere lo scopo accennato. In via generale mi sia permesso soltanto accennare che i mezzi d' indole meccanica, che si consigliano e si applicano nelle così dette vecchie aderenze, vengono forse troppo sistematicamente proscritti nel periodo in cui le aderenze sono recenti. Quando, riassorbito l'essudato peritoneale, che fa tumore apprezzabile al nostro esame, si rileva che l' utero è fissato in una posizione anomala, e questa fissazione è sospettata essere il re-

(1) Buckmaster — Schwangerschaft u. Künstliche Befruchtung als Ersatz für die Entfernung der Uterüs anhänge in gewissen Fällen. C. f. Gynaekologie n. 22, 1888.

sultato della pelvi-peritonite e le aderenze non possono essere rappresentate che da filamenti o fimbrie o cordoncini o reti delicate, molli, estensibili, perchè non sarà lecito, nella narcosi cloroformica, operando con molta dolcezza, ridurre l'utero nella sua posizione normale, prima che esso sia fissato nella sua posizione viziosa? È nota la parte notevole che le forme infiammatorie pelviche possono avere nella storia degli spostamenti uterini, sia producendoli, sia fissandoli quando lo spostamento sia anteriore alla peritonite pelvica. Credo doverosa per parte del ginecologo una sorveglianza prolungata e un esame accurato e ripetuto delle pazienti, affidate alle sue cure, da questo speciale punto di vista del rapporto cioè che intercede tra peritonite pelvica e spostamento uterino. Mentre si farà più salda in lui la convinzione dell'esistenza di tale rapporto e riescirà per es. qualche volta a seguire passo passo la formazione di un'antiflessione, gli sarà più facile nello stesso tempo, intervenendo opportunamente e con mezzi meccanici, di impedire la produzione di uno spostamento, o di combatterlo in condizioni più favorevoli o di impedirne la fissazione. In un caso di peritonite pelvica puerperale nella quale aveva constatato nello stesso tempo una retroflessione, prodottasi probabilmente nei primi giorni di puerperio, passato il periodo acuto, riuscii a praticare la riduzione e ad impedire così che l' utero venisse fissato in tale posizione.

Passiamo ora all'esame di ciò che i ginecologi convennero di chiamare « antiche aderenze » e che per i loro effetti sugli organi pelvici possono quasi costituire una forma morbosa a sè. Esse rappresentano l'ultimo anello, l'esito di una infiammazione pelvica, le ceneri dell' incendio. L'appellativo antiche richiama tosto alla nostra mente il concetto di cicatrici non vascolari o poco vascolari, di briglie, di cordoni, di placche solide non cedevoli, che possono imbrigliare o vincolare i diversi or-

gani pelvici. Di tali aderenze alcune sono riconosciute coi nostri metodi di esplorazione, altre sono vagamente sospettate, altre non sono e non possono essere riconosciute che all'apertura dell'addome. Quali mezzi possiamo noi opporre a queste antiche aderenze? In questo periodo si comprende come ogni cura solvente sia affatto inutile, noi dobbiamo stirare, allentare, distruggere dette aderenze, correggere gli spostamenti che ne risultano, togliere le sofferenze che ne sono l'effetto. Fra i mezzi più innocenti ci si offre il tampone vaginale. È noto come questo rappresenti un rimedio usitatissimo dell'odierna terapia ginecologica. Imbevuto di glicerina pura, neutra, (è importantissimo che la glicerina abbia questa qualità) è adoperato nelle forme catarrali, nella metrite parenchimatosa, negli essudati pelvici nel loro periodo di stato ovvero in quello di riassorbimento. Esso agisce specialmente per le proprietà osmotiche della glicerina e non è qui il luogo di occuparcene. Il tampone vaginale per ubbidire alla indicazione, di cui si tratta, deve agire in modo meccanico, respingere, distendere la volta vaginale, spostare l' utero, allontanarlo da questo o da quel punto del contorno pelvico e riuscire così a rendere più lasse o a rompere le aderenze. Può un'antica aderenza intrapelvica essere stirata, allentata da una continua pressione applicata attraverso il fornice vaginale? Tale questione venne, non è molto, discussa in seno alla Società Ostetrica di New York (1). Il Coe che vi aprì la discussione risponde negativamente appoggiandosi ad esperimenti e a considerazioni. I soggetti su cui esperimentò sul cada-

(1) Transactions of the Obstetrical Society of New York. Meeting, December 7 th. 1886, December 21 st. 1886 (The American journal of Obstetrics. January, February 1887).

Tucker. — The vaginal tampon in pelvic adhesions (The American journal of Obstetrics, March. 1887).

Potter. — The use of the vaginal tampon in pelvic inflammation. The American journ. of. Obst. October 1887.

Hüllmann. — Der glicerin tampon in der Gynaeckotherapie. (Neuwied. Heusers Verlag. 1887).

vere presentavano ogni varietà di aderenze pelviche, molte di cui recenti, essendo la morte dovuta a peritonite acuta, alcune invece datanti da molto tempo. Si può dire dunque che le condizioni dell'esperimento erano la fedele immagine di quanto si osserva clinicamente, poichè l' utero era qualche volta fissato in retroflessione, qualche volta gettato all' innanzi da vero e proprio accorciamento delle pieghe sacro-uterine, qualche volta spostato lateralmente, le ovaie e le tube erano frequentemente prolassate e fissate in diversi luoghi al disotto del piano normale, dalla superficie posteriore dell' utero vicino all' istmo al fondo dello spazio di Douglas. La distensione e la pressione su la volta vaginale erano spinte al massimo grado colle dita o con grosso tampone di cotone. Quali ne erano i resultati? Lo dirò colle parole stesse dell'autore. « Il tetto va-
« ginale diveniva arcuato a guisa di volta, molto al disopra
« del suo livello ordinario e l' intiero utero era elevato allo
« stesso tempo. Ma quando io mi aspettava di vedere
« i cordoni cicatriziali tendersi per la straordinaria pres-
« sione, era sorpreso nel vedere che essi non diven-
« tavano più tesi, il che si notava specialmente nei
« casi di retroflessione dell' utero con sua fissazione » e più oltre aggiungeva « la ragione è evidente: per disten-
« dere una corda elastica con una forza applicata fra
« i suoi due estremi, entrambi questi devono avere un
« attacco che non ceda; ciò è tanto più necessario, se
» la corda che deve allungarsi non è elastica. Appli-
« cando tale principio alle aderenze pelviche, un estremo
« è attaccato alle ossa pelviche, l' altro all' utero. L'or-
« gano è assolutamente fisso? L'aderenza non potrà es-
« sere allungata, allentata che entro limite molto ristretto.
« È mobile? È allora impossibile fissare il legamento ci-
« catrizzato onde applicare su di esso una sufficiente
« forza che lo distenda. »

Nella discussione che ne seguì si manifestarono a tale

riguardo opposte convinzioni. Sopra un punto però si manifestò concorde l'opinione dei convenuti, opinione per così dire compendiata dal Presidente, che chiudeva la discussione esprimendo l'opinione, che vecchie aderenze non potevano essere sufficientemente distese dalla pressione intravaginale da permettere la riposizione di un utero retroverso, ma con l'elevare l'utero in un piano più alto nella pelvi, noi riusciamo indubbiamente a dar sollievo alla paziente ed a lenire i sintomi che più la tormentano. Però clinici provetti si fecero sostenitori decisi del tampone contro le idee di Coe, ed è certo un mezzo che potrà essere sperimentato con una certa fiducia. Si obbietta che le aderenze non sono distensibili perchè uno dei loro attacchi è mobile, ma mentre si preme e si distende la volta vaginale non possiamo noi dare la fissità all' utero coll'afferrare il collo mediante un tenaculum e traendolo leggermente in basso? Ciò può dare utili risultati specialmente nella retroflessione o nella retroposizione con aderenze (in quest' ultimo stato l'utero è spostato in totalità verso l'arco pelvico posteriore). Io mi comporto nel seguente modo. Come materiale mi servo del cotone idrofilo, quello fenicato o sublimato non corrisponde bene perchè adoperato ripetutamente irrita la vagina, la mucosa si depitelizza e bisogna rinunciare alla cura o sospenderla, e non ne faccio un batuffolo legato con un filo come usano comunemente, ma così sciolto lo spingo contro la volta vaginale posteriore, mentre una valva di Simon deprime la parete vaginale posteriore, un elevatore eleva quella superiore ed un tenaculo tira in basso la porzione vaginale. Se il tampone è efficace nella condizione accennata, si può dire nulla la sua azione quando l' utero è tratto in totalità a sinistra o a destra per retrazione del legamento largo corrispondente, e lo stesso dicasi quando l'ovaio o la tuba si trovano nello spazio di Douglas avvolte da fitte masse cicatriziali. Noi eleviamo

allora col tampone l'organo prolassato e le aderenze che lo circondano, ma non possiamo pensare a separare questo da quello, noi eleviamo cioè ad un tempo l'ovaio e le sue aderenze, ma non separiamo l'uno dalle altre.

Il prolasso dell'uno o dell'altro ovaio nello spazio di Douglas, ovvero, il che è molto raro, nello spazio vescico-uterino complicato ad aderenze, che lo fissano nella sua abnorme posizione, è una delle condizioni più ribelli anche ai metodi che si propongono di rompere, di lacerare, di sciogliere aderenze periuterine col metodo bimanuale. Lo Schultze, che ha tanto illustrato questo argomento, che lo ha irradiato di vivissima luce colle sue ricerche, è il più noto e valente partigiano di questo metodo. Egli lo ha descritto la prima volta nel 1872, dopo di averlo esperimentato in una lunga serie di anni (1). Esso è applicato in modo speciale alla retroflessione dell'utero fissato da aderenze peritoneali. Ecco come viene di nuovo recentemente descritto dall'autore (2).

« La paziente a stomaco vuoto, colle intestina pos-
« sibilmente vuote, colla vescica vuota, profondamente
« cloroformizzata è collocata al margine del tavolo da
« operazione. Le coscie sono fissate in forte flessione ed in
« moderata adduzione, mentre un assistente mantiene e
« sorveglia la narcosi. L'operatore introduce indice e me-
« dio nel retto. Le scibale fecali, che eventualmente vi si
« trovano, vengono evacuate con un forte getto di acqua
« calda a 32° R. mediante una cannula introdotta sulla
« guida delle dita, che tengono aperto l'orificio anale. Se
« anche il retto è vuoto, tale irrigazione è utile, perchè
« permette alle dita di avanzarsi più facilmente nel retto
« dilatato dall'acqua. Dall'ampolla del retto dilatata si può

(1) Ueber Versionen u. Flexionen speciell über die meckanische Behandl. der Rückwärts lagerungen der Gebärmutter. (Arch. f. Gynaek. Bd. IV. G. H. 3.).

(2) Ueber Diagnose u. Lösung peritonealer Adhäsionen. (Zeitscrift f. Geb. u. G. XIII. Bd. 1 H.).

« di spesso agevolmente palpare il corpo uterino retro-
« flesso, ma è indispensabile per riconoscere esattamente
« le più lievi ineguaglianze della superficie peritoneale,
« che uno o entrambe le dita oltrepassino l'istmo del retto
« situato all'altezza delle pieghe di Douglas, ed è appunto
« perciò di molto aiuto di accompagnare il dito colla irriga-
« zione calda mano mano che quello s'inoltra nel retto. La
« corrente d'acqua dispiega le pieghe del retto e lascia tro-
« vare più facilmente l'uscita dall'ampolla. Contempora-
« neamente il pollice della stessa mano esplora la volta
« vaginale, mentre l'altra mano esplora attraverso la pa-
« rete addominale. Tostochè le dita o un dito della mano
« sinistra hanno superato l'istmo del retto, l'operatore dà
« appoggio moderato al gomito sinistro sul ginocchio si-
« nistro, mentre il piede corrispondente appoggia su di
« una sedia. Così avambraccio e mano sono completa-
« mente tranquilli, riposati, vicini, e tutta l'attenzione è
« rivolta al dito, che palpa all'alto del retto. Per assi-
« curare alle dita dell'altra mano eguale libertà, sicurezza,
« fermezza di palpazione e di movimenti, il pollice pren-
« derà punto d'appoggio e riposerà sul corpo del pube.
« Constatata esattamente la sede del fondo uterino, delle
« tube, delle ovaie, il corpo uterino col controllo della
« mano, che opera all'esterno, sarà elevato dal dito che
« sta nel retto. E già a questo movimento di elevazione
« le aderenze si tendono, indi a poco a poco si disten-
« dono, si allungano. Se il fondo uterino si lascia portare
« al davanti del promontorio, le dita della mano destra
« ricurve ad uncino l'abbracciano attraverso le pareti ad-
« dominali come se volessero riporlo nella sua sede nor-
« male. Così si determinano esattamente estensione, ori-
« gine e decorso delle aderenze, ed è quindi facile il ri-
« conoscere dove debbano essere separate. Le tenere ade-
« renze cedono ad una pressione moderata dell'apice
« delle dita. Le più vaste e solide aderenze vengono se-

« parate dall'azione delle dita in quello stesso modo in « cui si procede al distacco della placenta dall' utero. La « cooperazione della mano esterna è indispensabile, essa « penetra attraverso le pareti addominali incontro alle dita « che agiscono nel retto, e fissa l' utero corrispondente- « mente ad ogni movimento e secondo lo richiede la resi- « stenza delle aderenze da rompersi. Cordoni isolati pos- « sono essere abbracciati attraverso il retto dal dito e « lacerati dalla mano, che abbraccia il fondo uterino per « quanto è possibile rasente all' utero. »

Tale metodo, secondo l'Autore, darebbe buoni risultati anche nei casi di ovaie prolassate aderenti al retto e all' utero. Posizione della donna narcotizzata, posizione dell'operatore, introduzione delle dita, manovre combinate sono identiche a quelle precedentemente descritte. Se l'ovaio è così solidamente fissato tutto all' ingiro da non lasciare in alcun posto un margine libero ovvero un interstizio attraverso il quale penetrare tra l'ovaio e le membrane avvolgenti, rinuncia all' impresa. Ma se trova un interstizio, una lacuna, penetra in esso col dito aumentando gradatamente la pressione, e insistendo con dolcezza si può riuscire a separare le aderenze, e a dare all'ovaio la sua normale mobilità.

Mentre una volta io sono riuscito con facilità che mi ha sorpreso a svincolare un utero rotroflesso da antiche aderenze, in due casi, fra cui è appunto il caso che qui verrà narrato, non riuscii menomamente a liberare l'ovaio dalle fitte aderenze che l'avvolgevano.

Affatto recentemente si propose di rendere più facile tale compito e di renderlo quasi una pratica d'ambulatorio. Così opera e così propone di operare il Ter Grigoriantz (1). Esso è essenzialmente fondato su questo di agire cioè con le mani mentre un aiuto tira l'utero in

(1) Diagnose u. Behandlung peritonealer Adhäsionen des verlagerten Uterus. — C. f. G. 13, 1888.

basso ed all'avanti mediante una pinza impiantata nel collo. E certo si comprende che l'azione di una pinza impiantata e traente sul collo possa facilitare la rottura delle aderenze, ma se devo giudicare dalla mia esperienza, per quanto scarsa, mi pare che difficilmente potrà diventare una pratica da ambulatorio e da compiersi senza narcosi cloroformica. Fra i diversi mezzi rivolti a combattere le aderenze periuterine rimarrebbe a parlare del massaggio, ma di questo non ho ancora mia propria sufficiente esperienza. Qualunque sia il metodo con cui lo si pratica, si capisce il suo modo di agire, ma sarà necessario un certo numero di sedute.

Nel caso che qui presento non riuscirono le cure balnearie, non le doccie, non il tampone, non la riduzione bimanuale, per cui in presenza delle gravi sofferenze si dovette ricorrere alla laparotomia, come tappa a quel procedimento operatorio diretto che le circostanze avrebbero indicato.

Ma prima d'indicare quali siano detti procedimenti farò una breve esposizione del caso.

N. 36, anno 1887-88. B. Rosa, d'anni 36, entra in clinica per la seconda volta il 17 Febbraio 1888. Vi era entrata per la prima volta l'anno precedente dimorandovi a lungo e prima ancora del suo primo ingresso in clinica era stata ripetutamente visitata e curata dallo scrivente nell'anno antecedente, frustrando tutte le cure fatte sia in clinica che in casa. Non presenta nulla di gentilizio, ha numerose sorelle che godono di ottima salute, fu mestruata regolarmente a 15 anni, passò a marito qualche anno più tardi, e datano da quell'epoca le sue sofferenze dovute ad una pelviperitonite, di cui s'ignora la causa, ma che fu probabilmente dovuta alla gonorrea latente del marito, che non provocò però manifestazioni acute per parte della moglie. Alla prima visita si rilevarono i postumi della pelviperitonite sotto forma di una massa essudativa a sinistra, posteriormente,

molto elevata (periovarite sinistra) e di una tumescenza più circoscritta, dolentissima alla pressione nello spazio di Douglas. Venne prescritto e venne applicato un vescicante volante sulla fossa iliaca di destra, indi uno su quella di sinistra, una cura iodica e una cura balnearia ad Acireale. Al suo ingresso in clinica la prima volta, (anno 1887) la massa essudativa a sinistra era completamente scomparsa, restava la tumescenza circoscritta nello spazio di Douglas, della grandezza di una grossa mandorla, immobile sempre dolentissima alla pressione. L'utero era abbastanza mobile in tutti i sensi, ma la sua posizione era anomala in questo senso, che il suo asse alquanto rigido restava quasi nell'asse pelvico ed a vescica svuotata, non avvertivasi l'utero in quello stato di antiversione ed antiflessione, che è proprio dello stato fisiologico. Le sofferenze della donna erano atroci, dolori pelvici acutissimi la tormentavano continuamente, penosissima, fra tutte la sensazione di un corpo, che premesse sul retto, che provocava un continuo tenesmo, e dava alla donna una sensazione dolorosa all'ano, dove l'esame più diligente ripetuto non dimostrava nè ragadi nè emorroidi. Da molti mesi il coito non era possibile che a costo di gravi sofferenze, e la pressione del dito su detta tumescenza provocava le più evidenti manifestazioni di dolore acutissimo. La diagnosi di prolasso dell'ovaio destro con aderenze era evidente. Antipirina, belladonna, tamponi glicerinati, vescicanti, iniezioni di morfina, doccie calde vennero ripetutamente adoperati con pochissimo sollievo della donna. Chiusa la clinica la donna venne dimessa e fu prescritta una nuova cura balnearia che fu fatta rigorosamente. Ma ben tosto scomparve il poco sollievo ricavato dalla cura avuta in clinica, il coito si fece impossibile, era talmente continua la sensazione di un corpo, che premeva nel retto e la irradiazione dolorosa all'ano, che tentò togliersi la vita gettandosi in una cisterna. Raccolta, continuò la sua vita miseramente

finchè chiese nuovamente ricovero in clinica pronta ad ogni cimento. Le cose non erano gran che mutate dal primo esame. Nella narcosi cloroformica si tentò ma invano di sciogliere l'ovaio dalle sue aderenze coll'esame bimanuale, per cui decisa la donna, si ricorse alla laparotomia. Ma doveva questa proporsi l'ablazione degli annessi, ovvero con un intento più conservativo la rottura delle aderenze, la liberazione dell'ovaio dalle membrane, che lo avvolgevano e lo saldavano contro il retto, e la sua riposizione in sede normale?

L'arte nel trattamento delle aderenze uterine e delle loro multiformi conseguenze che, lo ripeto, indipendentemente dal processo che le ha provocate, possono costituire un quadro nosologico a sè, è entrata in una via conservativa o almeno accenna a fare i primi passi in questa via. Nelle aderenze peritoneali, che fissano l' utero in retroflessione, quando gli annessi sono sani, niuno dubita, io credo, della razionalità del tentativo di ridurre e fissare l' utero in posizione normale per mezzo della laparotomia, rispettando utero e annessi il più che sia possibile, quando tutti gli altri procedimenti più innocenti siano riusciti vani, e le sofferenze della paziente siano tali da richiedere i più gravi espedienti dell'arte. Anche nella salpingite e nelle aderenze che l'accompagnano, è sorta al di là dell'Atlantico una voce ad indicare che forse in alcuni casi può essere risparmiata la mutilazione di organi importanti, pur ottenendo la scomparsa delle sofferenze. Nella seduta del 13 Settembre 1887 della società ginecologica americana il Dott. William Polk di New York leggeva un lavoro il quale aveva il seguente titolo: *le tube e le ovaie devono essere sacrificate in ogni caso di salpingite?* Determinato il concetto di salpingite, accennato alle alterazioni, che l'accompagnano, e ai sintomi più frequenti di essa, viene alla conclusione che le aderenze costituiscono il fattore più potente delle sofferenze della paziente. Se

ciò è vero, egli aggiunge, ne segue che potrebbe ottenersi la guarigione, liberando semplicemente gli organi imprigionati, e presenta alla società la storia di otto casi di cui però nel rendiconto della seduta non è fatto alcun cenno.

Nel mio caso praticai la laparotomia senza un piano determinato in modo preciso, poichè è noto come nelle affezioni degli annessi non sempre è possibile una diagnosi esatta. L'apertura del ventre ci riserbava per esempio la sorpresa di una tuba distesa da pus o di una piccola raccolta periovarica o di un ovaio degenerato? In questo caso niun dubbio che l'ablazione degli annessi avrebbe dovuto avere la preferenza. Ma ove si fosse trattato di un ovaio sano dislocato nello spazio di Douglas e imprigionato da aderenze antiche era lecito risparmiare la mutilazione? È con tali pensieri che io feci la laparotomia il 24 Marzo 1888. L'incisione sufficiente per dare comodo passaggio alla mano in vista delle manovre, che senza dubbio avrebbe richiesto la liberazione dell'ovaio e il distacco delle aderenze, venne col suo margine inferiore molto avvicinata al margine superiore del pube. Il peritoneo parietale venne con alcuni punti riunito ai margini delle pareti e si procedette quindi all'esame della pelvi. L'utero era nell'asse pelvico, l'ovaio sinistro in sede normale atrofico in grado estremo. L'ovaio destro era nello spazio di Douglas, avvolto da fitte membrane. Pazientemente, adagio, adagio, non servendomi che del dito, riuscii con una modica perdita di sangue a dilacerare le aderenze e a trarre l'ovaio e la tuba verso la sinfisi sacro iliaca corrispondente. La tuba di un rosso vivo, non presentava dilatazioni sacciformi, l'ovaio di volume normale non presentava che una cisti follicolare trasparentissima della grossezza di un pisello. Fatta un'accurata toeletta con batuffoli di garza al sublimato e cessato ogni stillicidio sanguigno dalle aderenze la-

cerate, assicuratomi di non aver leso il retto, vidi che l'ovaio e la tuba non avevano nessunissima tendenza a ricadere nello spazio del Douglas anche quando io cercava di spingerle in basso. Allora mi limitai a quanto aveva praticato, non pensai all'ablazione dell'ovaio e della tuba e praticai la sutura della ferita addominale.

Il decorso ulteriore fu semplice e si ebbe una sola elevazione termica a 38,4 alla sera del 4° giorno.

Si può considerare come giustificata una operazione di simil fatta? Certo non mi nascondo che valide e serie obbiezioni si possono rivolgere ad essa. Le aderenze possono riformarsi? È certo che nel punto in cui si sono praticate più o meno estese dilacerazioni nuove aderenze potranno formarsi, ma essendo allontanati gli estremi di quelle antiche separate e rotte, non potrà esservi più imprigionato l'ovaio e la tuba. Quando fosse opportuno tale allontanamento potrebbe essere ottenuto fissando con un punto l'ovaio e la tuba nella loro nuova posizione. E se l'utero fosse in retroflessione potrebbe essere rimesso in giusta posizione e mantenutovi con uno dei numerosi processi di isterorafia descritti in questi ultimi tempi, ottenendo così lo scopo che sia impedita la riunione degli estremi delle fimbrie, dei cordoni lacerati. Un'altra obbiezione fatta e che si potrebbe fare si è che in questo modo si è esposta la paziente al rischio di farsi rioperare, ma riflettendo che la tuba non era distesa da pus, che l'ovaio non era alterato, si vorrà almeno concedermi che se la possibilità esiste, non esiste però la probabilità che ciò avvenga. In questo caso l'ovaio sinistro era completamente atrofico ed il fatto che l'altro ovaio era sano e che si trattava di una donna di 26 anni, poteva forse pesare sulla bilancia in favore di un metodo conservatore. Mi affretto a dire che io non nutro l'illusione di un possibile concepimento, poichè molte volte la tuba è occlusa, ma se ciò non vale per lo scopo della procreazione non è a negarsi

che possa servire a soddisfare il desiderio della paziente di sfuggire ad una mutilazione. I sintomi erano in questo caso così strettamente evidentemente legati al prolasso dell'ovaio nello spazio del Douglas che si poteva ragionevolmente sperare che, tolta la causa, cessasse l'effetto. Già nei primi giorni dopo l'operazione cessò completamente la sensazione di un corpo che premeva sul retto, e la donna si sentì libera da quelle dolorose irradiazioni all'ano che tanto la tormentavano. La donna non fu dimessa che il 30 Maggio ed in questo lungo periodo d'osservazione non ebbi ragione di lamentarmi del partito preso. La mestruazione apparve due volte in clinica con perfetta regolarità. Esplorata la donna, il giorno dell' uscita, l'utero era mobile: nello spazio di Douglas non eravi più alcuna traccia di tumescenza. La chirurgia si muove e progredisce sopra una via decisamente conservativa. Se i progressi fatti, compendiati nelle tre magiche parole, emostasi, anestesia, antisepsi, ci hanno permesso di salvare innumerevoli vite, mutilando, esportando impunemente organi nobilissimi, non si può negare come una delle tendenze spiccate della moderna chirurgia, manifestata da numerosi fatti sia di togliere le sofferenze, di salvare l' individuo conservando in molti casi anche l'organo affetto. Nei primordi della via per ora sono inevitabili difficoltà, ostacoli, errori. Ma anche un errore potrà essere giustificato se fatto con molte parvenze di ragione col nobilissimo scopo di dare agli ardimenti dell'arte nostra un intento sempre più conservatore.

CASISTICA

REGIO ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI FIRENZE

diretto dal Prof. Cav. Ufficiale

DOMENICO CHIARA

BREVI NOTIZIE

INTORNO A SEI LAPAROTOMIE PER TUMORI ADDOMINALI

PRATICATE DAL 14 GIUGNO AL 1° AGOSTO 1888.

I. *Fibroma uterino — Isterectomia sopra-vaginale.*
Operatore Dottor FASOLA.

Pratesi Amalia, di anni 35, maritata, entrò nello Spedale di Maternità il 4 Giugno 1888. Mestruata regolarmente a 13 anni, ebbe le successive mestruazioni normali per quantità, qualità e durata, sempre con un'anticipazione di 5 a 6 giorni e precedute da dolori al basso ventre.

Nulla di notevole nell'anamnesi remota. Nullipara. Cinque anni or sono fu sorpresa da una grave metrorragia che durò in maggiore o minore quantità circa 9 giorni. Questa perdita di sangue era accompagnata da dolori a tutta la cintura pelvica, ma speciamente alla regione lombo-sacrale. Fu allora che il medico constatò la presenza di un tumore addominale in connessione con l'utero.

Da quel tempo le mestruazioni si fecero irregolari, per abbondanza, dolori che incominciavano due giorni dopo il loro iniziarsi. Secondo la malata nei 5 ultimi anni avrebbe avuto 16 mestruazioni all'anno. Venivano frequentemente espulsi coaguli

grossi e nerastri. Metrorragie gravi si ripetettero 3 volte con un intervallo non minore di un anno. Il ventre andò fino da principio aumentando sensibilmente di volume.

Le cure tentate dalla malata furono molteplici, però sempre nel campo medico.

Appena entrata in Clinica l'esame addominale forniva i seguenti dati:

Ventre arcuato alla regione ipogastrica; vene appariscenti alle regioni inguinali; piccole smagliature nei due quadranti inferiori; cicatrice ombellicale infossata, e leggermente pigmentata la linea medio-addominale al di sotto dell'ombellico: area addominale dal pube al bellico occupata da un' intumescenza rotondeggiante, a superficie regolare, di consistenza pastosa, alquanto mobile, indolente alla pressione: suono ottuso in tutta la regione occupata dal tumore, e subtimpanico ai lati.

Alla misurazione si avevano le seguenti cifre:

Distanza dal pube alla punta sternale.....	ctm.	34
» al bellico.....	»	17
Cinconferenza addominale al bellico.....	»	81
» » sottombellicale.....	»	86
Semicirconf. longitudinale del tumore.....	»	16
» trasversale.....	»	19
Diametro longitudinale.....	»	10
» trasversale.....	»	10,5
Distanza dal bellico alla S. I. A. S. destra....	»	16
» » » » sinistra ..	»	15

I genitali esterni normali di nullipara, molto anemici. Al riscontro vaginale si sentiva la vagina discretamente ampia, rugosa; il collo uterino portato indietro e alquanto in alto; il corpo si continuava colla intumescenza avvertita attraverso la parete addominale, e sembrava che il tumore si fosse sviluppato a carico della parete anteriore dell'utero. Nulla di notevole all'esame con lo speculum, se si eccettua un po' di congestione del collo. L'isterometro penetrava per 8 ctm. e mezzo.

Le condizioni generali della donna non poco scadenti, il colorito della pelle molto pallido, quasi terreo. Pannicolo adiposo scarso, masse muscolari flaccide. Il margine inferiore del fegato sorpassava un poco il margine costale di destra. Ambedue i tuoni del cuore erano accompagnati da lieve rumore di soffio, sensibile su tutti i focolai.

Fu fatta diagnosi di fibroma del fondo e della parete anteriore dell'utero; fu proposto ed accettato l'intervento chirurgico, nel proposito di tentare la castrazione, se possibile, altrimenti di praticare l'ovaro-isterectomia sopravaginale.

Il 14 di Giugno a ore 9 e mezzo antim. fu incominciata l'operazione nell'Anfiteatro della Clinica, già preparato al modo solito con tutte le cautele antisettiche. Cloronarcosi assai facile. Incisione delle pareti addominali sulla linea mediana, per una lunghezza di circa dieci centimetri, fino al tumore. Aperta la cavità addominale e messi due punti di sutura agli angoli della ferita, si tenta di estrarre le ovaie: la manovra non riesce perchè queste sono aderenti all'utero e portate posteriormente. Fu prolungata allora l'incisione tanto in alto che in basso, per poter ben dominare il tumore, e, messi i soliti punti agli angoli, furono passati in alto fili di sutura preventiva addominale, tendendo continuamente le anse intestinali a fuoriuscire. Fu assai laboriosa la estrazione del tumore dalla cavità addominale e non bastando le mani, fu necessario ricorrere all'uncino acuto ostetrico. Appena portata la massa all'esterno, fu passato un laccio elastico più in basso che fu possibile, per assicurare l'emostasi. Quindi fu incisa longitudinalmente la parete uterina e la capsula del fibroma. Riuscì facile la enucleazione, aiutandosi specialmente con le dita per lo scollamento dalla capsula. Questa comunicava colla cavità uterina, perciò non essendo possibile di conservare l'utero, fu passata la catena dell'ecraseur due dita al di sopra dell'orificio uterino interno e fu stretta gradatamente. Fu escisa col coltello tutta la porzione dell'utero al di sopra della catena. Si cercarono allora le ovaie per estirparle. Il peduncolo dell'ovaio sinistro era abbastanza lungo per cui fu facile cosa il legarlo e lo esciderlo al modo solito. Il destro però era cortissimo perchè il legamento era stato fortemente stirato indietro e dispiegato dal tumore. Perciò fu cosa molto laboriosa la legatura e la segmentazione di questo peduncolo. Assicuratisi della loro perfetta emostasi, i peduncoli ovarici furono affondati. Lavata generosamente la cavità peritoneale, si procedette alla sutura della ferita attorno al moncone uterino. Esso era tenuto fuori dalla catena e da un grosso ago da materassaio passato al di sotto della catena stessa. Furono passati i punti della parete addominale a tutta sostanza come nelle ordinarie ovariotomie, comprendendo il moncone tra i margini, e i punti dell'angolo superiore e dell'angolo inferiore furono fatti attraversare la sostanza del moncone stesso.

La superficie del peduncolo fu cosparsa d'iodoformio e coperta con cotone al percloruro di ferro. Tutta la ferita fu coperta con una medicatura listeriana. La cloronarcosi, per quanto prolungata, non presentò niente di anormale, e la operata si svegliò in buone condizioni.

La parte di utero asportata pesava grm. 400; il fibroma enucleato grm. 760; l'ovaio destro grm. 3,5, il sinistro grm. 4. Il fibroma spaccato in tutta la sua sostanza presentava una cavità cistica della capacità di un uovo di gallina.

Dopo la operazione, la paziente fu disturbata fino alla sera da vomiti; i polsi divennero piccoli e frequenti con un aumento graduale, la temperatura era giunta alla sera a 38,3. La fisonomia abbastanza tranquilla. Notte dormita un poco a intervalli. Si manifestò dalla vagina uno stillicidio di sangue. Al mattino la donna accusava molta sonnolenza: riappariva il vomito con emissione di sostanze ingerite. Nella giornata i polsi si mantenevano piccoli e molto frequenti, la temperatura che era salita a 38°,6 discendeva a 37°,3. Ventre piano, trattabile. La notte seguente fu disturbata più che altro da continuo rigurgito dallo stomaco delle materie ingerite. La temperatura si mantenne a 38°; il respiro normale, ma pulsazioni sempre frequentissime (156 pulsaz. al minuto primo).

Il giorno 16 la donna presentava una fisonomia molto abbattuta: subdelirio ad intervalli. Sul mezzo del giorno la temperatura salì a 39° e la inferma entrò in preda a profusi sudori. Fu esaminata la ferita: essa non presentava nulla di anormale; il ventre piano e trattabile. Si cambia la medicatura. Verso sera la temperatura incominciò a scendere, i polsi divennero più fuggevoli e alle ore 7,20 la donna cessava di vivere quasi improvvisamente.

Riporto testualmente il verbale redatto al tavolo anatomico.

Isterectomia sopravaginale; il peduncolo è fissato all'esterno ec. — Antiche aderenze pleurali estese a destra; in ambedue le cavità pleurali si trovano circa 200 grm. di siero limpido. I polmoni non presentano che una mediocre stasi posteriormente ed inferiormente. — Cuore flaccido in diastole, piuttosto piccolo: è sano negli apparecchi valvolari ed orifici. La misura dello spessore del miocardio presa nel punto di maggiore spessezza, dove non si trovano gli attacchi delle papille muscolari, è pel V. D. di 3 mm., pel V. S. di 7 mm. — Il sangue contenuto nel cuore è coagulato — Il miocardio è pallido, di colorito giallastro, fria-

bile per degenerazione grassa — Si notano poche placche d'ateromasia aortica — Nessuna ecchimosi nè sottopericardica, nè sottopleurale — Nel peritoneo pochi grammi di siero limpido. Il *fegato* è più piccolo del normale, povero di sangue, di colorito giallastro, friabile. *Milza* normale. I *reni* non sembrano macroscopicamente alterati. La porzione rimanente dell'utero è di spessore maggiore del normale; varii tagli praticati alla sua superficie non mostrano alterazione nei suoi vasi. Nè nel peduncolo, nè nella parete addominale, dov'è la ferita, si riesce coi tagli a dimostrare nulla di notevole. La ferita è perfettamente asettica ed in buone condizioni. *Testa:* non offre niente degno di nota, tranne una degenerazione cistica della porzione glandulare del corpo pituitario, che ha preso il volume di una piccola noce a scapito della parete post. della sella turcica (lo spazio ant-post. è di millimetri 19).

II. *Fibroma uterino — Ovaro-salpingiectomia — Guarigione.*
Operatore Dott. Fasola.

Susini Alfonsa, di 36 anni, nubile, entrò nell'Ospedale di Maternità il 18 Giugno 1888.

Mestruata la prima volta a 11 anni e mezzo senza alcuna sofferenza: le mestruazioni susseguenti, dopo essere state regolari per tre mesi, si fecero più frequenti, e poi comparvero metrorragie anche due o tre volte al mese, precedute e accompagnate da forti dolori addominali.

Ebbe gli esantemi proprii dell'infanzia. Adulta, soffrì spesso di nevralgia allo stomaco, agl'inguini, ed ai genitali esterni. Ebbe bronchite e polmonite cinque anni or sono. Ogni anno da qualche tempo era presa da angine tonsillari.

Da sette anni circa l'epoca catameniale era preceduta e seguìta da dolori molto più intensi del solito, dolori al basso ventre e alla cintura pelvica, che qualche volta precedevano la espulsione di coaguli sanguigni. Cinque anni sono, i dolori si fecero ancora più intensi, e la paziente palpandosi il corpo, avvertì la presenza di un tumore grosso quanto un uovo di gallina, molto mobile nel quadrante inferiore di sinistra. Questo tumore andò gradatamente crescendo, portandosi verso la linea mediana, e mantenendosi sempre assai mobile. Le mestruazioni sempre disordinate, con intensi dolori alla cintura pelvica.

Per le continue perdite di sangue le condizioni fisiche della malata erano molto scadute.

Il dì 26 Giugno fu esaminata la donna. Il ventre si presentava arcuato, soprattutto nella regione sottombellicale e nel quadrante inferiore di sinistra; cicatrice ombellicale appianata, leggermente pigmentata la linea medio-addominale; fine smagliature nella parte più declive dei quadranti inferiori e alla faccia interna delle coscie. Le vene sottocutanee assai visibili nei quadranti inferiori. Alla palpazione si sentiva un tumore a superficie regolare, di forma ovoidea, di consistenza notevole, occupante la regione ipogastrica e la fossa iliaca di sinistra. Superiormente a sinistra arrivava alla regione ipocondriaca, oltrepassava di circa un centimetro la regione ombellicale a destra, ed invadeva in parte la fossa iliaca omonima. Il tumore era mobile, si spostava facilmente verso destra, come era leggermente spostabile in alto. I movimenti si trasmettevano anche al collo dell'utero, come si notava alla esplorazione combinata. Nel segmento inferiore il tumore prendeva una forma cilindroidea, con una grossezza molto inferiore a quella della parte superiore. Ottusità completa in tutta l'area occupata dal tumore. Sulla stessa area, ma più specialmente ai lati, sensibilissimo all'ascoltazione un rumore di soffio piuttosto aspro.

I genitali esterni di nullipara; la vagina stretta, rugosa; il collo un po' grosso, portato leggermente a sinistra e indietro; si sentiva che l'utero faceva corpo col tumore.

Furono prese misurazioni addominali in diverse epoche, fuori del periodo mestruale e durante la mestruazione. In questo tempo il tumore aumentava grandemente e dava le seguenti misure:

Distanza xifo-pubica	ctm.	34
» pubi-ombellicale	»	18
Circonf. addom. al bellico	»	74
» » sottombellicale	»	79
Semicirconf. longit. del tumore	»	28
» trasversale »	»	22
Distanza dalla S. I. A. S. di sinistra al bellico.	»	18
» » » destra »	»	19
Diametro longit. del tumore	»	21
» trasversale »	»	14

Gli altri visceri sani, un lieve rumore di soffio discrasico all'apice del cuore.

Fu fatta diagnosi di fibroma interstiziale dell'utero e fu deciso di fare la castrazione: qualora questa non fosse stata possibile si doveva star pronti a fare la isterectomia sopravaginale.

Il 12 Luglio a ore 10 antim. fu incominciata la operazione nell'anfiteatro Clinico preparato al modo solito. Occorse un quarto d'ora per la cloronarcosi perfetta; quindi fu fatta la incisione delle pareti addominali sulla linea mediana, incominciando da due dita trasverse al disotto della cicatrice ombellicale e terminando due dita trasverse al disopra del pube. Lo spazio tra i muscoli retti era stato spostato molto dal tumore. Fatto un piccolo occhiello, il foglietto aponevrotico, il tessuto properitoneale ed il peritoneo furono incisi a colpi di forbici sulla guida della tenta. Furono messi i soliti punti agli angoli: venne quindi a scoprirsi un grosso tumore di forma regolare, alquanto molliccio, rosseggiante e ricco di vasi cospicui come un utero gravido. Il fibroma si era sviluppato uniformemente nella sostanza dell'utero e ne aveva preso, si può dire, la forma.

Spostando a destra il tumore, imprimendogli un moto di rotazione di dentro in fuori, furono presi ovaio e tromba di sinistra e serrato il peduncolo, benchè molto corto, con un clemmer, fu segmentato e legato al modo solito, e quindi col termocauterio del Paquelin vennero escisi la tromba e l'ovaio. Fu ripetuta a destra la stessa pratica, però questa riuscì un poco più lunga e un poco più difficile perchè, non ostante che il peduncolo fosse più lungo, la tromba e l'ovaio di destra erano stati stirati molto posteriormente. Dopo una generosa lavatura del cavo peritoneale, furono tagliati i fili dei peduncoli, i quali vennero poscia affondati. Questi peduncoli avevano una larga base d'impianto e contenevano dei vasi sanguigni di grosso calibro. La tromba sinistra conteneva una piccola cisti che venne tolta pur essa. Asciugata bene la cavità peritoneale, fu chiusa la ferita con otto punti di sutura, e nel serrare i nodi si ebbe continuamente cura di comprendere ed affrontare tra i margini della parete addominale il peritoneo parietale. Fu posta sopra alla sutura una medicatura alla Lister coperta da un materassino di migliarino di piombo. La operata si svegliò in buone condizioni poco dopo l'atto operativo.

L'ovaio destro pesava 9 grm., ed era preso da degenerazione cistica. Il sinistro pesava 8 grm. ed era sano.

La inferma trascorse bene il resto della giornata della operazione, lamentandosi però di quando in quando per dolori nella regione uterina. Non ebbe vomiti nè conati di vomito. La tem-

peratura salì verso la mezzanotte ad un maximum di 38°. I polsi si mantennero validi e pieni. Nei giorni seguenti le condizioni generali si mantennero buone. La temperatura salì nella seconda giornata ad un massimo di 38°,2, e dopo oscillò fra 37°,9 e 36°,7 fino alla 7ª giornata in cui ritornò allo stato normale. Dopo 3 giorni dalla operazione comparve la metrostassi, che durò 4 giorni con lieve stillicidio di sangue. In 6ª giornata furono tolti 6 punti di sutura, compresi i 2 degli angoli. I rimanenti 4 furono tolti in 7ª giornata.

Le condizioni generali della malata si rialzarono molto rapidamente, e dopo 12 giorni essa fu in grado di alzarsi dal letto.

La cicatrice di bellissimo aspetto e molto solida. Alla visita di congedo si nota che il tumore è diminuito in tutti i suoi diametri da 1-2 ctm., non ostante che la donna si trovasse nell'epoca in cui avrebbe dovuto avere la mestruazione, di cui non apparve alcun cenno. Il rumore di soffio notato prima della operazione non si avvertiva più in nessuna regione del tumore.

III. *Cistoma ovarico intralegamentoso suppurato — Ovariotomia e sutura del segmento inferiore della cisti ai margini della ferita addominale — Guarigione.* — Operatore Dott. Fasola.

Panoni Isolina, di 34 anni, maritata, nullipara, entra in clinica il 19 Giugno u. s. Ebbe mestruazioni regolari fino al Marzo scorso, epoca nella quale si sospesero contemporaneamente all'insorgere di febbri quotidiane, con brividi intensi, più o meno prolungati, e che continuano tuttora, oscillando la temperatura fra i 38°,5 e 39°,5. Il fatto è dovuto ad un voluminoso cistoma ovarico, che si sarebbe manifestato da circa otto anni, e che dal Marzo in poi ha suppurato per causa non conosciuta. Si procede all'ovariotomia la mattina del 19 Luglio: il tumore è profondamente intralegamentoso, e non ne è possibile l'enucleazione, per cui, escisa la parte alta, si sutura il segmento inferiore coi margini della ferita addominale. La parte solida della cisti escisa pesa grm. 350 e con la puntura mediante la grossa cannula del Koeberle furono tolti circa otto litri di liquido giallognolo, denso, purulento.

La guarigione chirurgica procede in modo regolare: non più febbre dopo l'atto operativo. Ogni giorno si fa una generosa irrigazione della cavità risultante: si escidono mediante forbici e termocauterio del Paquelin residui della cisti: con lacci elastici

e col costrittore del Cintrat si stringono le masse maggiori che cadono poche ore dopo. La donna si mantiene in ottime condizioni; 28 giorni dopo l'atto operativo la nutrizione è buona e le forze guadagnano sempre più.

IV. *Cisti dermoide del legamento largo di sinistra — Laparotomia ed enucleazione del tumore — Guarigione.* Operatore Dottor Fasola.

Bianchini Teresa, d'anni 35, vedova, entra in clinica il 19 Luglio. Prima mestruazione a 14 anni, regolari le seguenti fino a quattro anni or sono, in cui cessarono definitivamente. Nove gravidanze con parti a termine sei, e tre abortivi. L'ultima 6 anni or sono, epoca nella quale la donna avvertì aumento del volume del ventre, che gradatamente raggiunse lo stato attuale. All'esame praticato il giorno dopo la entrata in clinica della malata viene emessa diagnosi di tumore cistico voluminoso probabilmente intralegamentoso a sinistra. Si propone alla paziente la cura radicale, che viene eseguita il 28 Luglio u. s.

Nulla di notevole nella laparotomia: estese e fitte aderenze del tumore alla parete addominale antériore ed all'omento richiedono l'applicazione di non pochi lacci con filo di seta, e la formazione di nodi per assicurare l'emostasi, avanti la loro incisione. Puntura del tumore con la grossa cannula del Koeberle ed estrazione di 12 litri di liquido denso, di colorito giallognolo. Il cistoma è nello spessore del legamento largo di sinistra, dal quale si riesce ad enucleare completamente previa applicazione di due nodi che comprendono la parte sottostante del legamento largo. Toilette peritoneale e sutura della parete addominale comprendendo nello spessore della ferita addominale 3 nodi applicati alle briglie di aderenza. La parete cistica è spessa e alla faccia interna si trovano 3 denti. La guarigione chirurgica si ottiene in modo regolare e la donna si alza dal letto la prima volta il 13 di Agosto, 16 giorni dopo l'atto operativo.

V. *Rene mobile — Laparotomia e fissazione del rene alla parete addominale — Guarigione.* — Operatore Dottor Fasola.

Dalla Valle Gemma, d'anni 25, attendente a casa, entra in clinica il 4 Luglio 1888. Prima mestruazione a 13 anni, in tutto

regolari le successive, interrottesi durante una gravidanza seguìta da parto prematuro nell'ottavo mese, compiutosi in modo naturale il 19 Gennaio 1888. Dopo il parto la donna si accorse di un tumore nel ventre alla regione epicolica sinistra, mobile, della grossezza di un piccolo arancio, dolente nei movimenti alquanto bruschi, e sopratutto all'epoca mestruale. All'esame praticato in clinica si riconosce l'esistenza di detto tumore nella regione indicata, di superficie regolare, di forma apparentemente sferoidea, mobile e facilmente spostabile in alto e a sinistra.

Spingendo il tumore in basso si fa tendere la base d'impianto allungata dall'alto in basso ed appiattita a mo' di spessa membrana. Nulla di particolare nella funzione dell'apparato urinario. Si entra nel concetto di esistenza di probabile fibro-lipoma o di rene mobile, concetto che non si riesce a chiarire in modo sicuro nei successivi ripetuti esami. Si propone la laparotomia nell'intento di asportare il tumore (dato il primo caso) o di fissare il rene, nel secondo. L'atto operativo è richiesto con insistenza dalla paziente e viene praticato il 30 Luglio u. s.

Incisione della parete addominale lunga 10 ctm. sulla linea mediana con estremi ad eguale distanza dal bellico. Riconosciuta l'esistenza di rene mobile da una seconda incisione obliquamente in alto partendo dall'estremo superiore della ferita e verso sinistra lunga circa 3 ctm. Liberato dall'omento, da cui è coperto, si fissa con punti di sutura (catgut) alla parete addominale più in alto che torna possibile. Lavatura del cavo peritoneale, sutura delle pareti addominali e medicatura al modo adottato nella clinica. La guarigione dell'operata procede regolarmente; nessuna alterazione nella funzione dell'apparato urinario. La donna si alza da letto la prima volta il 12 Agosto, 13 giorni dopo l'atto operativo.

Nella regione epicolica sinistra, al di sotto dell'arcata costale, si avverte alla palpazione il rene, che si mantiene fisso alla parete addominale.

VI. *Peritonite saccata — Laparotomia.* — Operatore Dott. Fasola.

Giannelli Palmira, di 19 anni, nubile, entra in clinica il 27 Luglio. u. s. Prima mestruazione a 13 anni, regolari le successive fino ad un anno fa; d'allora in poi si fecero scarse e scomparvero affatto 4 mesi or sono. Nessuna malattia di carattere prima della presente, esordita, al dire della donna, nel Marzo 1888, e caratte-

rizzata da sospensione delle mestruazioni, da qualche dolore al basso ventre, dove gradatamente si sviluppava una intumescenza che raggiungeva le dimensioni attuali, e che era attribuita dal medico curante alla evoluzione di un cistoma ovarico.

In clinica si riconosce la presenza di una raccolta saccata che occupa il basso ventre, ed arriva in alto a tre dita sopra il bellico, e che si giudica dovuta a cistoma probabilmente del legamento largo, o a peritonite saccata. Si pratica la laparotomia il 1° Agosto corrente, e si trova peritonite saccata. Svuotamento della cavità, generosa irrigazione con soluzione fenicata, punti di sutura ai margini della ferita ed agli angoli, zaffamento con batuffoli di cotone al deuto-cloruro, e che si ripete nei giorni seguenti. La paziente è in via di guarigione, che procede regolarmente.

RIVISTA

Cistomi ovarici intraligamentosi. W. Gaodel.

Le cisti intraligamentose si distinguono per la loro inclusione nei foglietti del ligamento largo, per il numero di escrescenze papillari, che sorgono dalla faccia interna delle loro logge, e sopratutto per la difficoltà considerevole, che deve sormontare il chirurgo quando procede alla loro estirpazione.

Nessun accordo fin adesso sulla loro patogenesi.

De Sinety e Molasser inclinano a considerarle come il resultato di una degenerazione follicolare di ovai supplementari. 23 osservazioni raccolte sopra 600 autopsie sono favorevoli a questa maniera di vedere. Ma se ciò dà la spiegazione dei due caratteri delle cisti, moltilocularità e rivestimento peritoneale, non lo dà della presenza di escrescenze papillomatose interne, che non appartengono che a vestigia di tubi glandulari della vita fetale.

Per Coblentz, derivano da tubi glandulari situati nella regione dei ligamenti larghi limitata in alto dalla porzione interna della tromba, in basso dal ligamento dell'ovaio, in dentro dall'utero, al di fuori dal paraovario. Queste sarebbero le vere cisti del ligamento largo. L'obiezione a questa teoria si è che le cisti del ligamento largo sono uniloculari.

Doran crede, che si formino per una trasformazione morbosa, da vestigia fetali, perdute nell'ilo dell'ovaio.

Insomma non rappresenterebbero nè cisti propriamente dette del ligamento largo, nè degenerazioni cistiche di ovisacchi appartenenti ad ovai accessorii. La loro origine mista, vestigia fetali e tessuto ovarico, spiegherebbe il loro triplice carattere, moltilocularità, escrescenze papillomatose, capsula costituita dai foglietti del ligamento largo.

Ma è sopratutto per il loro modo di sviluppo che interessano il chirurgo. Invece di portarsi nella cavità peritoneale, si insinuano tra i foglietti del ligamento largo e a poco a poco si dirigono verso il piano pelvico — Sollevano il peritoneo, distaccano in seguito la porzione di questa sierosa, che ricopre la vessica e la

parete addominale, ed è perciò che tanto con lo strato muscolare della vessica che con le fibre muscolari della parete addominale contraggono forti aderenze. Il loro sviluppo aumentando in basso e verso la linea mediana, vengono a porsi in contatto con l'utero e lo compenetrano, quindi avvi continuità e non contiguità fra quest'organo e la cisti. — A misura che aumenta il loro sviluppo si portano dietro la vessica, stirano continuamente sul foglietto anteriore del legamento largo che finalmente si strappa, e allora il tumore diviene intraperitoneale. In basso e in dietro solleva il cul di sacco del Douglas, distacca i foglietti del meso-retto e aderisce all'intestino, comprime gli ureteri dando luogo spesso ad idronefrosi e a degenerazioni dei reni, che reclamano una azione chirurgica.

Il fatto principale dunque, che caratterizza questi tumori si è il loro modo di sviluppo, la loro tendenza non solamente a contrarre delle aderenze con gli organi che le avvicinano, ma a fondersi con essi. Ciò rende in effetto la loro estirpazione singolarmente laboriosa, esponendo a lacerazioni organi importanti. Questa è una delle operazioni, nelle quali, il rischio di vedere la paziente soccombere fra le mani del chirurgo è il più grande.

La loro diagnosi è abbastanza difficile. È lecito sospettare della presenza di una cisti intraligamentosa tutte le volte che l'utero è aumentato di volume, e portato lateralmente, e sembra che sia intimamente congiunto ad una cisti al punto da simulare un tumore fibro-cistico dell'utero stesso; — tutte le volte che il cateterismo della vessica dimostra che questo organo è allungato nel senso verticale; — quando lo sviluppo pelvico del tumore comprime il retto, o quando fa abbassare il cul di sacco posteriore, e principalmente quando questo abbassamento si produce per il fatto della compressione esercitata da cisti secondarie; — allorquando il tumore ostacola la defecazione e la minzione o quando amendue queste funzioni si accompagnano a forti dolori pelvici; — tutte le volte che la percussione dà sonorità al davanti di una cisti abbastanza voluminosa da spingere lateralmente gli intestini, e, per conseguenza, produrre un suono ottuso; — in ultimo, quando una cisti solidamente fissata sembra aver una forma asimmetrica, ed è più sviluppata da una parte che dall'altra del bacino.

Corpo estraneo nella vagina. Breisky. (*Petit mon. de la médecine*).

L'Autore ha estratto da una donna ricoverata nella sua clinica un rocchetto di legno. Alla esplorazione si sentiva la vagina cortissima, terminata a cul di sacco, e niuna traccia di collo ute-

rino. Colla palpazione combinata, vaginale e rettale, venne a costatare la presenza di un corpo estraneo. — La donna poi confessò che sette anni avanti si era introdotta nella vagina un rocchetto di legno. Da quest'epoca in poi i mestrui erano stati molto meno abbondanti.

Dopo un attento esame l'Autore riuscì ad avvertire un forame molto stretto, attraverso il quale incominciò ad introdurre un sottilissimo stiletto, poi uno isterometro, ed in fine una sonda a doppia corrente, e con questa fu possibile fare evacuare una grande quantità di siero rossastro molto infetto. Seguitando a fare la dilatazione, riuscì, ad introdurre due dita e sentire direttamente il corpo straniero, ed estrarlo.

Dell' oleato di Zinco in Ginecologia. Halsman.

L'Autore ha adoperato l'oleato di Zinco in certi determinati casi come nelle ulcerazioni cancerose del collo, di cui diminuisce il dolore, l'essudazione, e l'odore — contro l'endometrite per attenuare la congestione e lo scolo leucorroico. — Il modo migliore per impiegarlo si è di insufflarlo o portarlo contro la parte malata con dei tamponi.

Per renderlo antisettico, caldamente consiglia di mescolarlo all'iodoformio sia in parti eguali, sia nel rapporto di un terzo del primo a due terzi del secondo. — Secondo l'Autore è un caustico, o piuttosto un astringente potentissimo, e il suo valore terapeutico sarebbe superiore a quello del sottonitrato di bismuto, dell'ossido di zinco ecc. Questo medicamento, sopra l'iodoformio avrebbe il vantaggio di essere astringente.

Pozione contro la dismenorrea:

Tintura di canepe indiana.....		grm.	1,50
Idrolato di lauro ceraso.....		»	10
Idrolato di tiglio.....		»	100
Siroppo d'oppio	ana.....	»	20
Siroppo d'etere			

M. esact.

Di questa pozione se ne deve dare una cucchiajata ogni ora, per combattere le crisi dolorose della dismenorrea, quando però si sia sicuri che non esiste restringimento di nessun orifizio. Le docce di cloroformio intravaginali sono egualmente efficaci.

Vomiti della gravidanza.

Un corrispondente del *The Lancet* afferma di essser sempre riuscito, col mezzo di un vessicante solo applicato sopra la quarta o la quinta vertebra dorsale, a far cessare le nausee e i vomiti per tutta la gravidanza, a qualunque periodo di questa, fosse stato consultato.

Vaginiti acute delle giovani maritate.

Allorquando l'infiammazione ha raggiunto il suo massimo d'intensità, e che alle perdite muccose, semplicemente leucorroiche, succede il mucco-pus, Ménière consiglia l'iniezione energica seguente, a cui dà egli la preferenza sulle cauterizzazioni col nitrato d'argento, da riservarsi solo alla vaginite blenorragica. Ecco la formula:

Acqua con cloroformio.....	grm.	200
Acido Tannico.....	»	50
Estratto di ratania.....	»	4

Di questa soluzione se ne metta un cucchiaio da tavola nell'acqua con cui devonsi fare le iniezioni.

Per la leucorrea invece prescrive:

Solfato di Zinco.....	grm.	10
Alcool ordinario.....	»	50
Ergotina.....	»	4
Acqua canforata.....	»	250

Di questa soluzione se ne usi un cucchiaio per ciascuna porzione di acqua, che debba servire alle lavande.

ANNALI DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

SOMMARIO. — Caruso Dott. Francesco. Il Taglio Cesareo conservatore con sutura dell' utero. Studio storico-casistico-critico. (*Contin.*) *Pag.* 385. Casistica Ostetrica: Piperno Dott. Ettore. Ostetricia in campagna. *Pag.* 401. — Fasola Dott. Emilio. Spasmo muscolare diffuso. *Pag.* 408 Corrispondenza: Perforazione accidentale del fornice vaginale posteriore (Lettera al Dott. A. Martinetti). *Pag.* 414. — Rivista. *Pag.* 422.

IL TAGLIO CESAREO CONSERVATORE CON SUTURA DELL'UTERO

STUDIO STORICO-CASISTICO-CRITICO

DEL

Dott. FRANCESCO CARUSO

GIÀ ASSISTENTE ALLA CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA DI NAPOLI

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
30 OCT 88
LIBRARY

Continuazione V. pag. 337-353 — Agosto del 1888.

Fatto ciò procede alla toilette della superficie interna del corpo e collo uterino con una spugna impregnata in una soluzione di acido fenico al 5 °/o e consecutiva iodoformizzazione delle parti suddette. —

In seguito l' Hofmeier riferiva due casi di operazione cesarea conservatrice, l' una praticata dallo Schröder, l'altra da lui, seguendo il principio del primo della sutura a strati, con un procedimento però alquanto diverso da quello adoperato fino allora (1). Nel caso dello Schrö-

(1) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk., 1887. Bd. XIV, Hft. 1. p. 95-105.

der (26 Novembre 1886) la sutura della matrice fu fatta nella maniera seguente: la parte più profonda della ferita, evitando la decidua, fu riunita con una sutura a punto continuo con catgut in due piani (Fig. 21, *S. M.*)

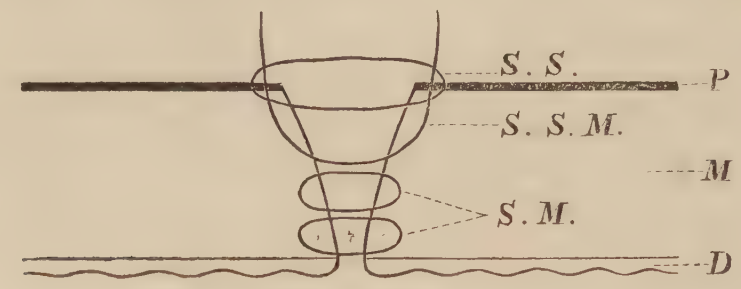


Fig. 21 (1).

La parte superficiale della ferita venne poi chiusa con numerose suture di media profondità con filo di seta abbraccianti anche il peritoneo (*S. S. M.*); poscia, tagliatine i fili a corto, furono accollate l'una all'altra le due pagine della sierosa ed unite con una sutura a sopraggitto con catgut, che venne a ricuoprire la serie di suture alla seta (S. S.) (2).

Nel caso dell'Hofmeier (22 Febbraio 1887) furono collocate le suture profonde alla distanza di 2-3 ctm. fra di loro al numero di 6-7 (seta) abbraccianti solamente lo strato muscolare, senza annodarne i fili (Fig. 22. *S. M.*).

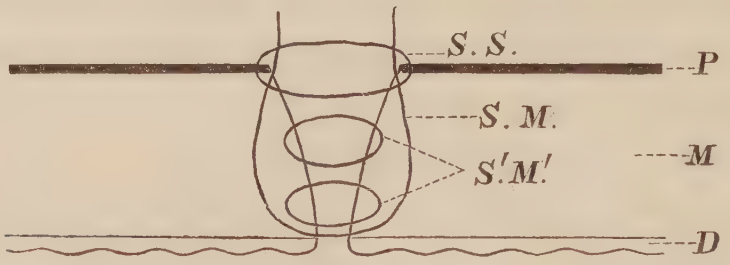


Fig. 22.

(1) Questa figura non si trova nella pubblicazione in esame.

(2) È degno di nota come lo Schröder, che aveva combattuto con gli argomenti dianzi esposti la pratica dell'affrontamento in superficie del peritoneo nel trattamento del peduncolo nell'amputazione sopra-vaginale dell' utero, dimostrasse con la tecnica seguita nel caso suddetto di tenerla in conto nella sutura della ferita cesarea.

Volendo essere conseguente a sè medesimo, lo Schröder avrebbe dovuto anche qui adottare il principio della riunione lineare del peritoneo, principio che del resto egli

A partire poi dall'angolo inferiore della ferita fu riunito in due piani l'intero spessore dello strato muscolare con sutura a sopraggitto con catgut (*S'. M'.*). Indi, annodate le suture alla seta e tagliatele rasente alla superficie dell'organo, si passò alla sutura del peritoneo che fu fatta a punto continuo anche con catgut (*S. S.*).

L'Autore faceva riflettere che con una tale condotta di sutura i nodi dei fili di seta vengono a trovarsi al di fuori del tessuto uterino e parimenti al di fuori del peritoneo, nuocciono perciò quanto meno è possibile, in quella che conferiscono alla sutura con catgut una maggiore sicurezza. « Con una sutura continua con catgut si può in una maniera perfetta, come con nessuna altra sutura, riunire le superficie della ferita senza che perciò si comprimano esageratamente i tessuti. » —

Anche secondo il citato principio dello Schröder, sebbene un poco diversamente, operò il Lébédéff a Pietroburgo nei suoi due casi di taglio cesareo (3 Ottobre 1886, 26 Gennaio 1887) (1). Pertanto l' asserzione dell' Autore che egli, cioè, sia stato il primo a tradurre in pratica il suddetto principio nella sutura della ferita cesarea, dopo il fin qui esposto, non ci pare consentaneo al vero. La sutura delle carni uterine fu praticata in 3 serie soprapposte. La 1ª serie, chiamata dall'Autore muscolo sottodeciduale, a punti staccati, comprese le parti profonde della muscolatura (Fig. 23, *S. M. S. D.*).

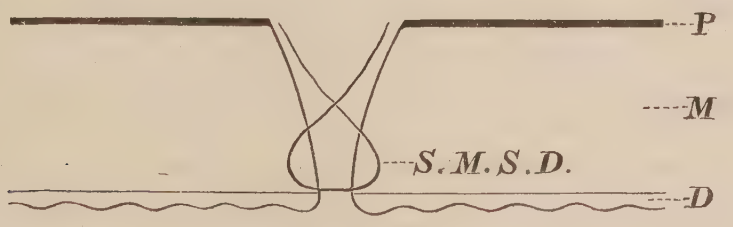


Fig. 23.

non seguì a dire del Sanger, neppure nella sutura delle pareti addominali, avendo la usanza di praticarla col processo di Spencer Wells che, come è noto, abbraccia il peritoneo e per conseguenza lo affronta, se anche soltanto lievemente, sempre in superficie.

(1) Kaiserschnitt oder Kraniotomie an der lebenden Frucht? — Arch. f. Gynäk., Bd. XXXI. Hft. 2.

I nodi della sutura con filo di seta furono tagliati a corto nel profondo della ferita. La 2ª serie, detta dall'Autore muscolo sotto-sierosa, a sopraggitto, abbracciò la parte superficiale dello strato muscolare (Fig. 24, *S. M. S. S.*).

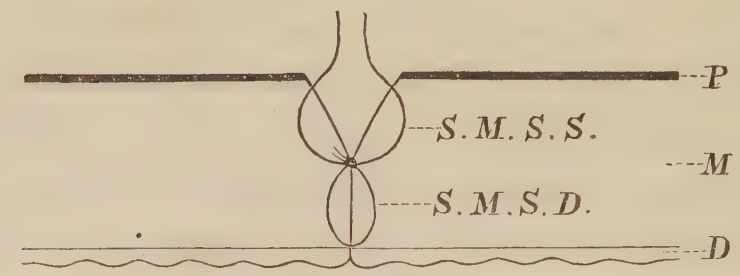


Fig. 24.

La 3ª serie, siero-sierosa, del pari a sopraggitto, (4-5 mm. di distanza tra le singole spire) racchiuse soltanto il peritoneo affrontandolo in superficie (Fig. 25, *S. S. S.*).

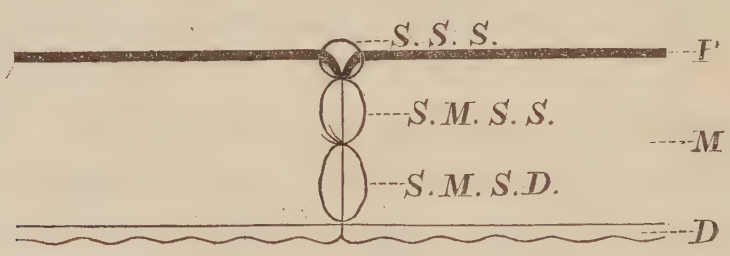


Fig. 25.

Tanto la sutura muscolo-sotto-sierosa, quanto la siero-sierosa furono fatte con filo di catgut preparato all'olio di ginepro; per la sutura muscolo sotto-deciduale venne invece adoperata la seta.

Il Lédébéff attribuì alla sutura a piani il seguente significato. La sutura muscolo sotto-deciduale rappresenterebbe la sutura fondamentale e sarebbe deputata a separare affatto la cavità uterina dalla peritoneale. La muscolo sotto-sierosa sarebbe destinata a rafforzare la sutura sotto-sierosa. La medesima nei casi di sottigliezza della parete uterina potrebbe essere trasandata. In quanto al materiale di

sutura consigliò il juniperus-catgut per le due serie di sutura muscolo sotto-sierosa e siero-sierosa, come quello che si riassorbe tardivamente, in guisa da permettere che abbia luogo un'aderenza durevole della superficie della ferita (1); per la serie muscolo sotto-deciduale il filo di seta che mantiene bene le superficie di taglio a contatto e si lascia sicuramente disinfettare. Ne' casi in cui le suture alla seta dovessero essere espulse, stante la loro vicinanza alla cavità uterina, verrebbero ad essere espulse per questa via, come fu osservato più volte nelle isterotomie praticate col processo dello Schröder. Il filo di argento doversi affatto abbandonare per i noti e gravi inconvenienti cui dà luogo, tra i quali, secondo l'Autore, potrebbesi teoreticamente ammettere anche l'altro della perforazione di un'ansa intestinale che per caso sia venuta in contatto co' suoi estremi. —

Ed eccoci al Congresso Internazionale di Washington (Settembre del 1887), dove, fra l'altre comunicazioni sull'operazione cesarea, ne avemmo una del Sänger intorno alla tecnica del taglio cesareo conservatore con sutura dell'utero, in cui vennero assegnate sistematicamente le norme della medesima conforme ai più recenti progressi fattisi in proposito (2). In questo nuovo contributo all'argomento di cui ci occupiamo, l'Autore fece rilevare gli accidenti letali cui può dar luogo l'uso del laccio elastico come mezzo di emostasi uterina temporanea (3).

(1) Il catgut preparato all'olio di ginepro, detto altrimenti catgut di Kocher (Centralb. f. Chirurg. 1881, n. 23), fu usato ne' due citati casi per la prima volta, se mal non ci apponiamo, per la sutura della ferita cesarea. Pertanto su di un tale materiale di sutura uterina aveva già richiamato l'attenzione il Sänger (Der Kaiserschnitt etc., p. 113-14).

(2) N. Y. Medical Record, 10 settembre 1887, e Amer. Journ. of Obstetrics etc., October 1887, p. 1071-76.

(3) Già fin dall'epoca del Congresso Ginecologico di Monaco si erano manifestate le prime dubbiezze intorno alla voluta innocuità di un tale espediente. Freund, il giovane, riferì in quel Consesso un suo caso di taglio cesareo conservatore, in cui, in seguito all'applicazione del laccio elastico, sopraggiunse un'emorragia così imponente da co-

Il pericolo dell'emorragia, affermò egli, non è così grande come si suppone. La compressione manuale del segmento inferiore, la torsione e flessione leggera dell' utero e dei legamenti larghi bastare nella maggioranza de' casi a scongiurarlo. Consigliò per conseguenza di astenersi, per quanto è possibile, dall'applicazione del tubo costrittore.

Nella discussione sorta su questa comunicazione del Sänger, Doléris (1) e Lusk riconobbero del pari come

stringerlo a praticare issofatto l'amputazione utero-ovarica (loc. cit. p. 122-123). Nell'operazione praticata da Parish il 20 Settembre 1885, allontanato il tubo elastico, si manifestò un'emorragia considerevole dalla via della vagina, la quale fu causata in parte dall'uso del suddetto mezzo di emostasi artificiale, e fu certamente uno de' fattori che concorsero a produrre la morte dell'operata (Trans. Am. Gynecol. Soc., 1886, pagina 424-41. — Al Fasola, come è stato detto di sopra, occorse lo stesso sinistro accidente che lo forzò a sostituire, al pari del Freund, immediatamente il taglio cesareo demolitore al conservatore. Krukenberg allo stesso Congresso di Monaco comunicò il caso di G. Veit, in cui a causa dell'applicazione lungamente protratta del laccio elastico (l'operazione durò un'ora e tre quarti) la paziente soccombè subito dopo ad una emorragia copiosissima. Sulla scorta di una cosifatta esperienza clinica, questo Autore, e al suddetto Congresso e nella sua pubblicazione testè passata a disamina, insistè in ispecial modo su la necessità di limitare, il più che fosse possibile, l'uso di un tal mezzo di emostasi temporanea, raccomandando la rimozione immediata della costrizione elastica ogni qualvolta l'utero dopo la sua applicazione rimanesse in istato di rilasciamento. Nel caso di Johannovski (20 Agosto 1886; — Prag. med. Woch., 1888., n. 4), dopo la rimozione del laccio elastico si produsse una emorragia *ex atonia uteri* così forte, che per arrestarla fu necessario l'uso reiterato del massaggio uterino e di docce uterine con acqua fredda a cavità addominale ancora aperta, emorragia la quale fu causa in parte, senza dubbio, della morte della operata. Nei casi di Schröder ed Hofmeier (loco cit.), nel secondo in modo più considerevole che nel primo, si produsse dopo l'allontanamento del tubo elastico una perdita sanguigna significante. Hofmeier l'attribuì all'aver forse stretto troppo il tubo costrittore; e non sapendo privarsi di un tale aiuto, si limitò al proponimento di scemare, in un'operazione consecutiva, l'azione della costrizione elastica tanto per la intensità quanto per la durata. Nell'operazione fatta da Lébédéff il 26 Gennaio 1887 (loco cit.), come in quelle praticate da Zweifel il 28 Gennaio 1887 (Arch. f. Gynäk. Bd. XXX, Hft. 2) e da Doléris il 13 Febbraio dello stesso anno, si ebbe a deplorare lo stesso inconveniente che nell'ultima fu seguìto dalla morte della paziente 44 ore dopo. (Caso inedito. — Comunicazione epistolare dell'operatore). Nei due casi dell'Ahlfeld (operazioni in data del 22 Marzo 1886 e 10 Gennaio 1888) l'applicazione del laccio elastico produsse uno stato di rilasciamento nell'utero, il quale entrò soltanto in contrazione allorquando fu allontanata la costrizione (Reinhard, loc. cit.). Di molti altri casi le istorie cliniche riferiscono come fosse stato necessario, ad utero ancora eventrato e dopo la sua riposizione nell'addome e la chiusura di questo, a causa di non insignificante perdita sanguigna da atonia uterina, il massaggio e le iniezioni ipodermiche di ergotina. Le interpetrazioni più plausibili intorno al vario modo con cui l'applicazione della costrizione elastica sull'istmo uterino può causare la morte saranno date nella parte critica.

(1) I resoconti di questa discussione dati dai Giornali citati fecero dire al Doléris perfettamente il contrario di ciò che è qui riferito, e che è quanto il suddetto autore realmente disse.

pericolosa l'applicazione della costrizione elastica e fecero sul suo impiego le medesime riserve che il Sänger.

In seguito lo Schauta, fondandosi su quanto gli era accaduto nelle sue prime tre operazioni, richiamò seriamente l'attenzione degli operatori su questo particolare della tecnica del taglio cesareo conservatore, che disse aver bisogno di un perfezionamento, e questo dover consistere nel limitare l'applicazione del tubo elastico ai casi di emorragia considerevole in cui i mezzi comuni di emostasi fossero riusciti insufficienti e fosse in reale pericolo la vita dell'operata (1). Noteremo finalmente come lo Schauta medesimo nei suoi casi V e VI (2) e lo Jaggard (operazione in data del 5 Marzo del 1888) (3) dichiarassero di essersi deliberatamente astenuti dallo impiego del costrittore elastico, convinti a tutta prova dei pericoli che possono derivarne; come, allo incontro, J. Veit (4) non solo non lo abbandonasse, ma per sopraggiunta consigliasse, come fu fatto da coloro che esperirono in principio un tal mezzo, la costrizione prima d'incidere l'utero, cercando però di abbreviarne il più che fosse possibile la durata; e come il Leopold (in un lavoro che sarà esaminato in seguito) e sull'esempio del Leopold il Reinhard facessero quistione di casi di sufficiente e deficiente assistenza, e consigliassero pei primi l'uso della compressione manuale, pei secondi quello del tubo elastico. —

Segue un contributo dello Zweifel dalla Clinica di Lipsia, con cui l'Autore comunicò 6 altri casi di taglio

(1) Ueber zwei weitere Sängers'sche Kaiserschnitte (N. III e IV). Prag. med. Woch. 1888 N. 1.

(2) Verein deutscher Aerzte in Prag. Sitzung 9 März 1888. — Prag. med. Woch., N. 11.

(3) A case of conservative caesarean section, terminating in recovery. — Phila. med. news. 1888, 14 Aprile.

(4) Schröder's Lehrbuch der Geburtshülfe, loco cit.

alla Sänger e nello stesso tempo espose le sue vedute sulla tecnica da seguirsi in una tale operazione (1).

In quanto al taglio della matrice, narrò di aver cominciato sempre dal fare un'incisione sul fondo lunga due traversi di dito e profonda tanto da arrivare fino alla cavità amniotica; indi, introdotto attraverso quest'incisione l'indice della mano sinistra incurvato a mo' di uncino, sulla guida di questo di averla prolungata in basso fino al punto da avere spazio sufficiente per compiere l'estrazione del prodotto. In quella che egli col dito si allontanò dall'angolo superiore della ferita, un assistente introdusse nel detto angolo l'indice della mano dritta e tenendo dietro al suo dito estrasse rapidamente il feto.

Per quanto poi riguarda il modo di praticare la sutura dell'utero, ecco come si condusse: dopo l'apposizione delle suture profonde siero-musculari alla distanza di 1 ctm. dal margine della sierosa, a partire dall'angolo inferiore della ferita sollevò in larga piega su ambo i lati le lamine peritoneali e le riunì con punti staccati in maniera analoga alla sutura intestinale di Lembert, venendo in tal guisa a formare una specie di covertura alle suture profonde. Qualora non sia possibile, aggiunse l'Autore, di sollevare in piega le lamine peritoneali, il che può verificarsi non raramente verso il fondo dell'organo, per essere la sierosa fortemente aderente alla muscolare sottostante, anzi che conseguire l'affrontamento del peritoneo in superficie a spese dello scollamento di questa membrana e della resezione della muscolare, pratiche da rigettarsi, miglior partito è di rinunziarvi addirittura. In casi simiglianti pel fatto del notevole distendimento della sierosa, dopo l'annodamento delle suture profonde, giac-

(1) Sechs weitere Fälle von conservativem Kaiserschnitte nach Sänger. — Arch. für Gynäk., 1887, Bd. XXXI, Hft. 2.

ciono le sue margini esattamente l'una accanto all'altra, come gli fu dato di osservare in tre casi.

Zweifel riconobbe al pari di Sänger l'utilità di un affrontamento in superficie del peritoneo uterino, però non fu d'accordo con Sänger nella interpetrazione dello scopo che con una tal pratica si vuole conseguire. Sänger, disse egli, propose la sutura simperitoneale in superficie, perchè sperava che avverandosi la pronta adesione della sierosa, sotto la sua protezione potesse aver luogo il consolidamento della sutura della muscolare. Ma il peritoneo, fino a che rimane integro, col semplice affrontamento in superficie non mostra affatto la tendenza al coalito. Esso aderisce soltanto in que' punti ne' quali viene irritato, ferito, recentato, ne' punti in corrispondenza dei tragitti delle suture e loro vicinanze, ove geme del sangue, o dove si depositano prodotti infiammatori. Che il peritoneo illeso portato a contatto in una più o meno grande estensione non aderisca, vien provato dall'esame istologico della cicatrice uterina della 2ª operazione di Weber (operazione in data del 12 Aprile 1887). La morte in questo caso fu senza dubbio dovuta ad un' infezione, i cui germi erano stati trasportati direttamente nella cavità addominale. Nel pus raccolto in questa furono rinvenuti dei streptococchi. La muscolatura dell' utero fu trovata completamente aderita, laddove le lamine sierose su tutti i punti non trapassati dalle suture mostrarono una fenditura, nella quale fu facilmente riconoscibile la parte profonda della plica peritoneale (vegg. le due tavole annesse al lavoro). Pertanto sarebbe un passo indietro lo abbandono della pratica dell' affrontamento di sierosa contro sierosa in superficie, dappoichè per mezzo della medesima si è sicuri che le margini della detta membrana trovino in qualche punto l'opportunità all'aderenza e che non abbia luogo più tardi un divaricamento delle medesime.

Lo scopo precipuo poi di questa sorta di sutura è, secondo l'Autore, di evitare che si stabilisca un'aderenza tra la parete uterina e l'addominale. Allorchè dai tragitti delle suture trapela ancora del sangue, ciò è sufficiente perchè la cennata aderenza si produca, mentre una riunione in superficie del peritoneo che alla fine resulti lineare (ottenuta ne' due modi anzidetti) ha il potere di scongiurarla.

Infine lo Zweifel raccomandò caldamente al pari di Leopold, l'uso del catgut preparato all'acido cromico come materiale di sutura uterina. —

Alla Società di Chirurgia di Parigi, nella seduta del 2 Novembre 1887, a proposito della comunicazione di Schwarzt sulle « ferite dell'utero gravido, » il Terrier qualificò di difficile esecuzione i vari processi di sutura uterina proposti, e fu d'avviso doversi preferire una sutura a punti staccati, molto ravvicinati fra loro, abbraccianti tutto lo spessore della parete uterina ad eccezione della decidua e portanti ad esatto contatto le superficie di taglio, senza affrontare sierosa contro sierosa in superficie. Tale sutura non essere molto difficile a praticarsi, qualunque sia la direzione delle fibre muscolari recise, purchè l'utero sia vuoto; oltre a ciò potersi la medesima eseguire in modo rapido, ciò che in caso di operazione cesarea costituisce una condizione di successo (1). —

Passiamo così con questa nostra rassegna all'anno in corso. Nel Febbraio avemmo una comunicazione del J. Veit alla « Società Ostetrica e Ginecologica di Berlino, » in cui principalmente venne agitata la quistione della tecnica di cui ci occupiamo (2). L'Autore disse di avere avuta la opportunità, al pari dello Zweifel, di rilevare

(1) Bulletin Mèdical, Paris, 6 Novembre 1887, e Revue de Chirurgie, Paris, Decembre 1887.

(2) Verandl. der Gesellsch. für Geburtsh. und Gynäk. zu Berlin. Sitzung vom 10. Februar 1888. Centralb. für Gynäk., 1888, n. 10. — Questa comunicazione fu pubblicata più tardi *in extenso* nel Deutsch. med. Woch., n. 17, col titolo: Ueber die Sectio caesarea. Le stesse idee si trovano riassunte nell'Art. « Taglio cesareo » della già più volte citata 10ª Edizione del Lehrbuch der Geburtshülfe dello Schröder.

che le lamine peritoneali accollate in superficie non aderiscono. Si trattò di un caso di enucleazione di due miomi dalla parete uterina col processo di Martin. La parte profonda del peduncolo fu riunita con sutura a punto continuo con catgut, il peritoneo in maniera lineare. Morte al 7° giorno. All'autopsia non essudato, non aderenze, non un segno d'infiammazione nelle vicinanze dell'utero. In un punto, in cui per caso si era avuto l'affrontamento in superficie del peritoneo, nessuna traccia di aderenza. Sulla guida dell'esame microscopico del preparato l'Autore credè di poter affermare che la cicatrizzazione del peritoneo avviene in modo analogo a quello della pelle, cioè che in parte ha luogo una riunione lineare, in parte una riunione con formazione di un'infiltrazione parvicellulare al di sotto dell'aderenza, in parte per una lenta produzione cellulare avanzantesi dai suoi margini e colmante al postutto il piccolo vuoto rimasto tra i medesimi. Il secondo modo di guarigione però fu quello che più frequentemente occorse di osservare nelle sezioni microscopiche del preparato, il quale, sebbene rappresenti un deviamento dalla cicatrizzazione *per primam*, come quello che soltanto in ultimo può essere ritenuto quale una diretta riunione lineare del peritoneo (quando, cioè, alla superficie della sierosa nulla più si scorge della ferita e della cicatrice), purtuttavolta lascia conseguire una completa guarigione. La conclusione di quanto abbiam riferito fu che è possibile, col semplice affrontamento lineare delle superficie di taglio, di conseguire una soddisfacente guarigione della ferita cesarea. Doversi perciò abbandonare la pratica dell'affrontamento in superficie del peritoneo nella tecnica in discorso, perchè di niun giovamento (1).

(1) Hanno fatto a meno dell'affrontamento di sierosa contro sierosa in superficie, praticando invece la riunione lineare del peritoneo, lo Jaggard (oper. cit.; Trans. of the Gynecol. Soc. of Chicago. — Amer. journ. of Obst., Luglio 1888), l'Hagedorn ed il Gremse in tre casi (comunicazione epistolare) ed il Korn (operaz. in data del 25 Giu-

L'Autore esaminò in seguito altri punti della tecnica. Non sottoscrisse alla pratica di coloro che consigliano l'accurata rimozione de' brandelli della decidua. In generale dopo l'allontanamento della placenta, non rimangono grossi brandelli di caduca nell'utero, e, pur rimanendovi, non vi ha nulla da temere dal loro abbandono nella cavità uterina. Nelle manovre necessarie per la loro completa rimozione c'è più da correre il rischio di produrre un'infezione che da ritrarne un reale giovamento. E d'altra parte, se si volesse portar via tutto ciò che dopo il parto deve essere espulso, si dovrebbe in ogni caso andare più oltre della semplice asportazione de' cenci della decidua.

Ritenne utile, come già fu detto innanzi, l'applicazione del laccio elastico intorno al cono cervico-uterino per ottenere la emostasi provvisoria; e, per scongiurare l'atonia dell'utero che suole tener dietro all'applicazione del medesimo, disse essere necessario di rendere il più breve possibile la durata dell'applicazione del costrittore e ciò potersi conseguire coll'impiego di una sutura uterina a punto continuo fatta con unico filo e due nodi, uno al principio ed uno alla fine della sutura, la quale nel suo primo caso (operazione in Giugno 1887) non richiese pel suo compimento più di 8-10 minuti. Siffatta sutura doversi eseguire in tre piani o serie, la prima comprendente lo strato deciduale (1) e muscolo sotto-de-

gno 1888; comun. epist.). Pertanto non si può dire che la pratica della sutura simperitoneale sia stata al presente affatto abbandonata, come senza previo esame del materiale clinico ebbe ad asserire il Veit (Riscontr. l'Articolo Taglio cesareo del manuale dello Schröder) La maggioranza degli operatori se ne giova tuttavia.

(1) Abbiamo fatto innanzi menzione della pratica di alcuni operatori di abbracciare, cioè, nella sutura della ferita uterina anche lo strato mucoso. A questo proposito dobbiamo qui aggiungere un breve cenno intorno alla comunicazione fatta dal Porak nel Decembre 1887 alla « Società Ostetrica e Ginecologica di Parigi » (Bulletin Médical, 1887, n. 88, pag. 1410) su di un'operazione cesarea *ante mortem* da lui fatta in donna eclamptica. Il preparato anatomico fu esaminato dal Bar. Le suture uterine profonde contra la intenzione dell'Operatore avevano interessato la mucosa la quale fu trovata aderita. Appoggiandosi al risultato di un tale reperto, il Porak conchiuse che non sarebbe utile di non abbracciare colla sutura che una parte della parete uterina.

ciduale, la seconda il rimanente dello strato muscolare, la terza infine lo strato sieroso in maniera lineare. Come materiale di sutura uterina preferì a tutti gli altri il catgut asettico (1).

Nella discussione provocata dalla suddetta comunicazione, Odebrecht affermò che in un caso però può essere utile l'affrontamento in superficie del peritoneo, quando, cioè, in seguito di un processo di decomposizione nel cavo dell' utero dovesse seguirne uno stato infiammatorio nel parenchima di questo. In tale condizione una ferita della muscolatura non aderirebbe, o, se aderita, potrebbe di nuovo rendersi beante. Sulle superficie sierose, allo incontro, sarebbe stato prodotto pertanto quello stimolo che è necessario perchè la loro aderenza si verifichi. Odebrecht volle inoltre, sull'esempio di Leopold, rimossa la decidua il più che sia possibile, per non offrire ad un'eventuale infezione alcun sostrato favorevole al suo sviluppo.

Dührssen fu d'avviso che si debba rimuovere la decidua caso che si sospetti che sia avvenuta già *intra partum* un' infezione. Pur riconoscendo che sia desiderabile la celerità nell'operare, disse non essere plausibile la ragione addotta all' uopo da Veit, caso che si segua il suo processo per combattere le emorragie puerperali da atonia uterina, di tamponare, cioè, a scopo profilattico il cavo uterino dopo il suo vuotamento con una striscia di garza al jodoformio. La tecnica relativa consistere nello introdurre attraverso la ferita uterina un estremo di striscia di garza al jodoformio lunga 3-5 m., spingendo lo estremo per mezzo di una sonda lunghesso il canale cer-

(1) Catgut N. 2 e 3 immerso dapprima nell'*Oleum baccarum juniperi* per la durata di 48 ore e poscia conservato in una miscela di alcool (gr. 1000), glicerina (gr. 20), bicloruro di mercurio (gr. 1). Questi dati si leggono nella Dissert. inaug. di Klewitz (Berlin, 13 August 1887) : Ueber die Berechtigung des conservativen Kaiserschnittes bei absoluter und bei der relativer Indication.

vicale in vagina; indi a partire dal segmento inferiore verso il fondo, nel rimpinzare la cavità uterina con detta striscia, disponendola a mo' di ventaglio. La sonda doversi ritirare per la via vaginale a fine di evitare un eventuale trasporto di materiale settico dalla vagina nell'utero. Questo tamponamento, da rimuoversi dopo 24 ore od anche più, non pure scongiura sicuramente una possibile emorragia *ex atonia uteri,* ma rappresenta anche un eccellente drenaggio uterino che rende impossibile una ritenzione de' lochi e il loro consecutivo passaggio nel cavo addominale, ed infine è in grado di arrestare e rendere innocui i processi di decomposizione e putrefazione preesistenti nel cavo dell' utero (1).

E. Cohn negò che la maniera di adesione peritoneale, da Veit ammessa come la normale, sia veramente la tipica. Egli ricordò al proposito l'eccellenti ricerche sperimentali di E. Graser (2) che menarono ai risultati seguenti. Senza aprire la cavità addominale, le lamine peritoneali, anche quando vengano portate a stretto contatto, non aderiscono. Praticata la laparotomia e la sutura relativa si ebbero a notare i seguenti modi di aderenza: 1°) immediata riunione (*stricto sensu*) degli endoteli; 2°) riunione dello strato sotto-endoteliale dopo la rimozione degli endoteli su di uno o entrambi i lati; 3°) coa-

(1) Riscontr. a questo proposito anche il recente lavoro dell'Autore: Die Anwendung der Jodoformgaze in der Geburtshülfe. — Berlin, 1888, p. 27-29.

Astrazione fatta dallo scopo profilattico antisettico, questa proposta del Dührssen relativa all'operazione cesarea con le ragioni addotte per confortarla trova riscontro in una serie di piccole pratiche consigliate specie dagli ostetrici del passato secolo e seguite anche da alcuni del presente. È noto infatti come Rousset, Verduc e Tarbès proponessero di mantenere la comunicazione tra la cavità uterina ed il canale vaginale mercè di speciali tente scanalate e Ruleau di un *cero pertugiato*, a fine di dar libero scolo ai lochi ed alle materie saniose raccoltesi nel cavo della matrice; come Baudeloque l'ainé raccomandasse allo stesso scopo l'applicazione di una tasta sfilata, pratica accettata più tardi anche dal Capuron e da altri, e come infine Stein seniore consigliasse di porre nella cavità uterina un pezzo di spugna lungo 3 pollici e di lasciarvelo a permanenza per servire di punto di appoggio alla matrice.

(2) Experim. Untersuch. über d. feineren Vorgänge bei der Verwachsung peritonealer Blätter. — Habilitationsschrift, Erlangen, 1886.

lito colla formazione di scarsa copia di essudato per mezzo della neoformazione di cellule fusiformi; 4°) formazione di essudato colla produzione di tessuto cellulare fornito di vasi; 5°) suppurazione con consecutiva formazione di granulazioni. Secondo il Graser il 2° modo sarebbe di tutti il più frequente e probabilmente il tipico. Cohn conchiuse potersi senza grave errore generalizzare al peritoneo umano i suddetti risultati ottenuti sperimentando sul peritoneo di conigli, cani e gatti, stante la rassomiglianza di tessitura anatomica de' tessuti dell' uomo e degli animali suddetti; l'aderenza, poi, delle superficie sierose essere resa possibile a causa della irritazione del peritoneo, per mezzo della sua semplice esposizione all'aria e del contatto delle spugne e degli antisettici. —

Successivamente il Leopold dava alla luce un'altra interessante monografia in cui narrando la istoria di 10 ulteriori operazioni cesaree praticate da lui e dal Korn seguìte da 9 guarigioni, assegnava ancora una volta le norme relative alla tecnica del taglio cesareo conservatore e trattava la quistione del posto da darsi al presente all'operazione cesarea di rincontro al parto prematuro artificiale, alla versione e all'embriotomia (1).

In quanto alla tecnica operativa l'Autore insisteva sul precetto di operare a principio di travaglio a membrane possibilmente intatte. Antisepsi rigorosissima (2).

(1) Der Kaiserschnitt und seine Stellung zur künstlichen Frühgeburt, Wendung und Perforation bei engem Becken. — Stuttgart, 1888.

(2) Gli splendidi risultati relativi all'operazione cesarea ottenuti nella clinica di Dresda, a' quali di sopra abbiamo accennato e di cui dovremo occuparci a lungo in seguito, sono da ascriversi in massima parte all'osservanza la più scrupolosa delle regole antisettiche. Ecco come si pratica l'antisepsi in quell'Istituto innanzi di accingersi ad una operazione cesarea. La partoriente vien sottoposta ad un bagno generale; il ventre ed i genitali esterni vengono fregati con acqua calda, sapone e spazzola, rasi diligentemente i peli e lavate poscia le parti suddette con una soluzione di bicloruro di mercurio all' $^1/_{1000}$. Il riscontro vaginale per l'ordinario non viene praticato (le operande trovansi per lo più da tempo nella clinica in qualità di *Hausschwangeren*, per cui si è già avuto l'agio di esaminarle accuratamente), ovvero, allorchè è possibile, una sola volta. La disinfezione dell'operatore e degli assistenti (questi sono in numero

Lavaggio della vagina e del collo dell' utero con una soluzione carbolica al 5 per 100, e tamponamento della vagina con piumacciuoli di garza al jodoformio, cercando di non ledere il sacco amniotico, se integro.

(Continua)

di 7, — 2 che coadiuvano l'operatore situati uno di ricontro ed uno a sinistra dello stesso; 2 che si occupano della narcosi; un domestico che porge gli strumenti ed una levatrice che fornisce le spugne; un assistente infine che è incaricato di rianimare il neonato in caso venga alla luce asfittico) ha luogo secondo le norme stabilite da Leopold per l'assistenza ai parti eutocici, contenute nella pubblicazione dal titolo: Vorschriften der Reinigung (Desinfektions-Ordnung) für die aerzte der Königl. Frauenklinik in Dresden, paragrafi 19 e 20, e riportate anche nel lavoro che passiamo a disamina, con la differenza che la durata della disinfezione trattandosi di operazione cesarea viene mai sempre duplicata e perfino triplicata. Queste norme sono le seguenti: « In primo luogo deve essere portato via il sudiciume dalle unghie colla punta delle « forbici o con un coltello; poscia si laveranno nella maniera la più accurata le mani, « specie le unghie e gli spazi interdigitali, come anche gli avambracci fino alla piega « del gomito con acqua calda e coll'aiuto di una spazzola e sapone per la durata al- « meno di 5 minuti. Indi avrà luogo un lavaggio delle parti suddette con soluzione « calda di bicloruro di mercurio, sapone e spazzola in modo del pari minuzioso ed ener- « gico per la durata di 3 minuti. A quest'uopo verrà riempito un lavamani (non il « comune lavacro adibito per la prima disinfezione) per metà di una soluzione di su- « blimato (1 : 1000), alla quale si aggiungerà tanta acqua calda fino a che la medesima « si riscaldi sufficientemente. Durante questo secondo tempo della disinfezione non « devesi far risparmio, nè di soluzione di sublimato, nè di sapone. Finalmente le mani, « immerse in una soluzione assoluta di sublimato, verranno fregate con spazzola per « la durata di mezzo minuto. Le mani e gli avambracci disinfettati in tal guisa non « saranno asciugati, ma adoperati ancora madidi. »

Questo metodo della disinfezione delle mani adottato da Leopold per la clinica di Dresda è in fondo identico a quello già proposto dal Forster di Amsterdam (Wie soll der Arzt seine Hände reinigen? — Centralb. für klin. Medicin, 1885, n. 18). A questo proposito crediamo utile notare come il Dott. Kümmel (Wie soll der Arzt seine Hände desinficren? — Centralbl. für Chirurgie, 1886, n. 17) consigliasse allo stesso scopo di disinfettare le mani a principio con acqua calda, sapone e spazzola e poi con una soluzione di acido carbolico al 5 % ed acqua di cloro al 50 %; e come recentemente il Fürbringer (Untersuchungen und Vorschriften über die Desinfektion der Hände des Arztes nebst Bemerkungen über den backteriologischen Carakter des Nagelschmutzes. — Wiesbaden, 1887) raccomandasse un altro metodo, consistente nel lavaggio delle mani dapprima con acqua calda, sapone e spazzola, indi con alcool comune ed in ultimo con una soluzione di acido fenico al 3 %, o di bicloruro di mercurio all' 1-2 %. Allorchè ci occuperemo delle norme antisettiche da seguirsi nell'operazione cesarea diremo a quale di questi metodi si debba dare la preferenza.

CASISTICA OSTETRICA

OSTETRICIA IN CAMPAGNA

NOTE

del Dott. ETTORE PIPERNO.

Il numero relativamente grande di volte che mi è occorso di prestare l' opera mia come ostetrico in questi due anni di medico condotto (novembre 85 dicembre 87) mi ha porto l'occasione di dir cose se non nuove, certo non mai abbastanza ripetute e che per lo meno spero potranno tornare utili a qualcuno dei miei colleghi Condotti o che stanno per divenirlo.

Perchè non è da credersi come nella campagna in generale, e specialmente in questi luoghi siano radicati gli errori in fatto di igiene, e specialmente riguardo alle gestanti e puerpere, e quanta fatica costi ai medici e alle levatrici che le cose sieno condotte secondo i principii, se non della più rigorosa antisepsi, almeno della più volgare pulizia. Purtroppo (e perchè non confessarlo?) ho anche notato sorrisi ironici sulla bocca di qualche vecchio medico alla lettura o al racconto delle precauzioni antisettiche, che si prendono nelle ben condotte cliniche e maternità e che da essi vengon chiamate sofisticherie!

E prima di tutto un po' di rendiconto. Non parlo dei parti e puerperi normali, perchè naturalmente in campagna questi non cadono sotto l' osservazione del chirurgo e qualche volta nemmeno sotto quello della levatrice.

Furono da me eseguite nel biennio suddetto 17 operazioni ostetriche così ripartite: 4 applicazioni di forcipe (2 allo S. S. — 2 nello scavo) — 3 rivolgimenti — 3 embriotomie — 4 secondamenti artificiali — 1 estrazione manuale — 2 interruzioni di gravidanza (di cui una seguita da applicazione di forcipe allo S. S.) e furono le seguenti per ordine di tempo:

1. N.... N.... pluripara, gravidanza a termine soprapparto da 40 ore. Vertice allo S. S. in posiz. O. I. D. P. inclinazione del parietale destro, battiti fetali intermittenti e rallentantisi — Forcipe — Esito felice per la madre — Feto nato asfittico e morto pochi minuti dopo senza aver respirato.

2. B.... G.... pluripara-gravidanza a termine — Viziatura pelvica di 1° grado. Vertice allo S. S. in posizione O. I. S. T. — Tentativi infruttuosi con il forcipe — Feto morto — Craniotomia con il craniotomo di Braun — Estrazione con il forcipe — Esito felice per la donna.

3. C.... I.... primipara. La placenta resiste alla spremitura e alle trazioni — Secondamento artificiale — Esito felice.

4. C.... C.... pluripara-gravidanza a termine. Viziatura pelvica di 1° grado — Feto premorto — Vertice in posizione O. I. S. A. allo S. S. — donna sfinita essendo in soprapparto da 38 ore. — Craniotomia — Estrazione con l' uncino acuto — Esito felice.

5. R.... M.... primipara — Feto espulso da 10 ore — Secondamento artificiale — Esito felice.

6. V.... A.... primipara-gravidanza a termine — Vertice nello scavo in posizione O. I. S. A. — Inerzia uterina — Forcipe — Secondamento artificiale — Esito felice per la madre e per il feto.

7. D.... G.... primipara — 9° mese. — Vertice allo S. S. in posiz. O. I. S. T. — Stenosi pelvica 1° grado

(bacino piatto) — Forcipe — Esito felice per la madre e per il feto.

8. B.... S.... primipara — Gravidanza gemellare a termine. — 1° feto: natiche nello scavo in posiz. S. I. S. funicolo procidente e non pulsante — Estrazione con l'uncino ottuso — 2° feto — Piedi — Estrazione manuale — Secondamento artificiale — Esito felice per la madre e per il 2° feto.

9. DC.... M.... pluripara — 9° mese. — Grave emorragia per placenta previa — Testa mobile al di sopra dello S. S. — Rivolgimento — Liberazione del braccio sinistro sbarrato — Forcipe sulla testa posteriore — Esito felice per la madre — Feto premorto in seguito all'emorragia.

10. O.... C.... pluripara — principio 7° mese — Spalla sinistra in posiz. C. A. I. D. — Rivolgimento — Esito felice per la madre — Feto morto anencefalo.

11. S.... A.... pluripara — Vertice nello scavo in posiz. O. S. D. P. — Inerzia uterina — Forcipe — Esito felice per la madre e per il feto.

12. L. E. pluripara — Feto espulso da 6 ore — Emorragia grave — Secondamento artificiale — Esito felice.

13. B.... A.... 2para — 9° mese — Presentazione della spalla destra in posiz. C. A. I. S. — procidenza del funicolo non pulsante e del braccio destro: liquido amniotico scolato da sei ore — Soprapparto da 20 ore — Rivolgimento — Esito felice per la madre — Feto premorto per compressione del funicolo.

14. B.... M.... pluripara — Feto espulso da 3 ore — Emorragia — Secondamento artificiale — Esito felice.

15. B.... N.... primipara — Gravidanza principio 9° mese — Albuminuria — Interruzione della gravidanza con il metodo del Krause modificato — Esito felice per la madre e per il feto.

16. F.... R.... primipara — Gravidanza a termine — Stenosi pelvica 2° grado — Bacino piatto rachitico — Vertice allo stretto superiore in posiz. O. I. S. T. — Craniotomia con il trapano di Braun — Estrazione con l'uncino acuto — Esito felice per la madre.

17. G.... F.... pluripara — principio 9° mese — Edema degli arti inferiori, dei genitali ecc. per vizio cardiaco, dispnea, accessi di soffocamento — Interruzione della gravidanza con il metodo di Krause modificato — Applicazione di forcipe allo S. S. appena ci fu la permittenza — Esito felice per la madre e per il feto.

In tutte quante le donne da me assistite il puerperio ha avuto un corso fisiologico. Non così si può dire di varie altre, inquantochè mi è occorso in questi 2 anni di curare 6 casi di *febbre puerperale.* Non starò a narrare minutamente la storia caso per caso, solo dirò che in uno ci fu peritonite, in altri tre parametrite, in due endo e perimetrite. La fortuna mi è stata benigna e se lamento 6 casi di infezione, dirò così COLPOSA posso consolarmi di avere avuto 6 guarigioni.

Le ragioni della avvenuta febbre infeziosa in quelle 6 puerpere è ben spiegata da ciò che ho detto fin da principio, ed è perciò che io la chiamo *colposa!* Infatti ecco qui le abitudini, dirò meglio le superstizioni, che sono incallite nei cervelli delle donne cosiddette *pratiche*, le quali qui, come del resto in quasi tutte le campagne, assistono le donne di parto la maggior parte delle volte senza chiamare la levatrice. Prima di tutto senza neanche lavarsi le mani, sudicie per essere state nelle stalle o per altre faccende consimili, fanno un lunghissimo riscontro digito-vaginale con gran prosopopea: poi proibiscono alle puerpere di cambiarsi la camicia, di cambiare le lenzuola (le quali debbono essere state prima sopra un'altro letto!) accumulano sotto la donna un mucchio di panni, preferendo per economia quelli sudici, che debbono ricevere prima il

liquido amniotico e il sangue durante il parto, e poi gli scoli lochiali; un generoso purgante la mattina dopo, e tutti lesti! Con simili abitudini non c'è da meravigliarsi di 6 casi di febbre puerperale! c'è da far le meraviglie piuttosto se in questi luoghi *puerperio* non voglia dire *infezione!* La ragione però che l'infezione puerperale non si è mai propagata in vasta scala sta in ciò: 1° perchè di rado ci sono molte puerpere nello stesso momento; 2° perchè in campagna l'isolamento è facilissimo; 3° perchè molto di rado avviene che la levatrice visiti una donna dopo avvenuto il parto; e se lo fa sa bene disinfettarsi prima di assistere una nuova gestante.

Il trattamento da me seguito generalmente in tutti questi casi è stato puramente antisettico. Irrigazioni vaginali e endouterine al bisogno spesso ripetute con soluzione di deutocloruro; disinfezione degli astanti; disinfezione delle lenzuola, camicie, panni ecc. con vapori di anidride solforosa (zolfo bruciato) tutto ciò unito alla dieta ricostituente e alla cura sintomatica. Con questo trattamento ho visto migliorare rapidamente tutte le affezioni puerperali e non ho perduto neanche un soggetto.

All'infuori che per gli istrumenti (che ho sempre quando è stato possibile lavato in soluzione fenicata 10 per 100, e che ho sempre accuratamente disinfettati nella stessa soluzione prima di riporre dopo essermene servito) ho adoprato come antisettico la soluzione di sublimato corrosivo in diverse proporzioni, a seconda dell'uso a cui doveva servire, e quindi una soluzione all' 1 per 1000 per la disinfezione delle mani e braccia mie e di tutti gli astanti e dei genitali esterni della donna, all' 1 per 2000 per irrigazioni vaginali, e all' 1 per 3000 o 4000 per le irrigazioni endouterine.

Le irrigazioni al sublimato sono state condannate da taluno per l'intossicamento idrargico; io non ho mai osservato neanche il principio di ciò; eppure io le ho praticate, come

profilattiche anche in tutti i casi in cui ho dovuto intervenire chirurgicamente: basta aver cura che della soluzione non ne resti anche minime porzioni in vagina o nell' utero eppoi non temasi di eseguirle anche nei casi di estese lacerazioni del canal genitale; ciò che io non consiglierei invece colla soluzione di acido fenico, la quale per raggiunger lo scopo ha bisogno di essere in tale proporzione da divenire un caustico. Di altri antisettici come l' acido borico, la china (ancora da qualcuno preferita) ecc. non parlo, giacchè il loro potere disinfettante è tale da non potere reggere al paragone del deutocloruro di mercurio, il quale presenta anche il gran vantaggio di costare pochissimo.

Prima di chiudere queste brevi e mal connesse note, credo mio dovere di dir qualche cosa di un vecchio istrumento da tempo quasi del tutto abbandonato e riportato all' onor della pratica dalla parola autorevole del mio illustre maestro il Prof. Chiara. — Parlo dell' uncino acuto. È certo che i suoi vantaggi sugli altri strumenti embriotomici e di trazione sono immensi e il Prof. Chiara li enumera estesamente nella sua conferenza tenuta a Genova al « Congresso dell'Associazione Medica » del 1880. Ma se l' uncino è uno strumento utile in una clinica, diventa necessario e indispensabile in campagna ad un medico condotto, al quale oltre i vantaggi predetti presenta quello di prender poco posto da poter esser portato comodamente in tasca e l' altro di costar poco; e quest' ultimo per un medico condotto non è piccolo vantaggio! L' applicazione di questo strumento poi è facile in paragone di qualunque altro a branche simmetriche, come il cefalotribo; quando uno l' abbia applicato una volta se ne persuade subito: e queste cose dette da una recluta della scienza come me saranno più facilmente credute, che non sulla bocca di un generale in capo, giacchè si potrebbe osservare a quest' ultimo che soltanto la propria abilità gli fa parer facili le cose di più difficile attuazione. Il prof. Chiara

conchiude con queste parole la sua brillante conferenza sull' uncino acuto: « profondamente convinto del suo va-
« lore lo raccomando dicendo con il Giordano di Torino:
« un buon forcipe, un craniotomo e l' uncino ecco l' arma-
« mentario del pratico che non è alla direzione di una
« clinica: nella pluralità delle contingenze basta. »

Io nella mia breve pratica ho applicato l' uncino due volte e in ambedue i casi ho avuto il più splendido risultato vincendo (come al n. 16) un vizio di bacino di 68 mm.

Terminerò dunque col raccomandare ai colleghi di campagna:

1°. Di predicare e di praticare il vangelo dell' antisepsi in Ostetricia, con tutte le loro forze, e specialmente l' antisepsi come profilassi delle affezioni puerperali.

Del resto anche in campagna ciò è facilissimo quando si pensi che in ogni casa colonica c' è una buona provvista di zolfo per gli usi dell' agricoltura, e che ciascun medico o levatrice può portare sempre con sè delle cartine di sublimato.

2°. Di provvedersi dell' uncino acuto, unico strumento embriotomico indispensabile anche per coloro che possedessero già il cranioclaste e il cefalotribo.

Vaglia (Mugello) Gennaio 1888.

REGIO ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI FIRENZE

diretto dal Prof. Cav. Ufficiale

DOMENICO CHIARA

SPASMO MUSCOLARE DIFFUSO

1885. N. 259. Angiola L., d'anni 32, del fu Antonio e della vivente Anna Rosati sessantenne, venne ammessa in questa clinica il giorno 26 dicembre. Il padre è morto nella età di 66 anni in seguito a causa traumatica, cioè frattura complicata della coscia destra; era stato sempre uomo sano e robusto e non aveva avuto a soffrire nessuna malattia; è figlio di genitori sani, e tutti i suoi collaterali sono pure sani; non era dedito all'alcoolismo. La madre è donna sana; non ha niente di gentilizio e non ricorda che in famiglia alcuno soffrisse malattie del sistema nervoso. La nostra ammalata è la quinta figlia; il primo figlio è tuttora vivente in età di 38 anni circa, ha sempre goduto e gode tuttora ottima salute; il 2°, femmina, morì in età di 33 anni probabilmente per tubercolosi polmonare, che la madre dice acquistata nella convivenza col marito tubercoloso; il 3° e 4° nati gemelli morirono dopo circa 17 giorni dalla nascita; il 6° è nato morto. Nessuno dei bambini ebbe a soffrire di disturbi nervosi nella prima infanzia. Racconta la madre che l'Angiolina aveva appena l'età di 7 o 8 giorni quando, essendo pure lievemente itterica, cominciò a presentare certe contrazioni della bocca e specialmente dei muscoli mimici della faccia, per le quali la fisonomia della bambina veniva notevolmente alterata; non sa dire se contempora-

neamente avevano luogo delle contrazioni negli altri muscoli del corpo. La faccia della bambina aveva assunta una forma irregolare, essendo una guancia (uso l'espressione della madre) gonfia e rosea, l'altra scadente e pallida. L'allattamento fu quasi impossibile al primo insorgere della malattia, e fu artificiale, mediato, per dovere essere il nutrimento somministrato con un cucchiaio; a poco a poco però, la bambina potè poppare, e l'allattamento fu protratto per 20 mesi. Non fu che quando la bambina aveva 12 mesi che la madre si accorse di movimenti contrattivi degli arti superiori ed inferiori. A poco più di un anno di età cominciò a dire *babbo* e *mamma*, ma non cominciò che molto più tardi ad articolare altre parole.

Lo sviluppo si faceva appena appena, restando essa sempre gracile e macilenta malgrado un buon nutrimento. Cominciò a camminare solo verso l'età di 8 anni, mentre per lo innanzi le era assolutamente impossibile reggersi in piedi, e non poteva neanche stare seduta per terra, perchè cadeva all'indietro.

Fu visitata da un medico il quale escluse trattarsi di corea, come dalla madre si credeva, e consigliò l'idroterapia e una cura ricostituente, che per quanto poste in in opera, non portarono alcun effetto utile. Non ha mai sofferta altra malattia, ad eccezione di una pertosse nell'infanzia. Ebbe la prima mestruazione a 20 anni, ed in questa età dice la madre che avvenne un notevole sviluppo nel suo organismo, tanto che, mentre a 17 anni sembrava ancora una bimba, ai 20 si fece donna e presto acquistò sembianze di età maggiore alla sua. Ha sempre parlato poco, ed in alcuni giorni parla con maggiore speditezza che in altri. È stata sempre di carattere buono, ma irascibile, sopratutto quando alcuna delle sue compagne la burlava. Le funzioni gastro-enteriche sono sempre state ottime, l'appetito sempre eccellente. Si trova nello

stato attuale, perchè invitata un giorno da un buono amico della famiglia a recarsi in casa sua, fu da questi violentata, senza che essa fosse consapevole dell'atto che si compieva su di lei.

Abito esterno e sistema osseo. — Donna dell'apparente età di 40 anni; alta m. 1,47; di conformazione scheletrica apparentemente regolare. L'arto inferiore destro è più corto del sinistro di circa 5 cent., e la metà destra del bacino è più ampia della sinistra. Si raggiunge bene la parete posteriore colla esplorazione vaginale, e si sfiora il promontorio: si raggiunge meno difficilmente la sinfisi sacro-iliaca sinistra che non la destra.

La pelvimetria dà:

Circonferenza pelvcia	Cent.	76
» fra le creste iliache	»	26
Diametro obliquo destro	»	23
» sinistro	»	24
» fra il pube e la *S. I. A. S.* destra.	»	15
» » » sinistra	»	13
Altezza della pelvi destra	»	20
» sinistra	»	19
Distanza fra i trocanteri	»	29
Coniugata esterna	»	18,5

Il colorito della pelle è roseo pallido per tutto il corpo, nella faccia è più scuro. Capelli di color castagno fini discretamente abbondanti, non molto lunghi; ai genitali il pelo è quasi totalmente mancante; sopracciglia piccole, di colore un poco più scuro di quello dei capelli, ciglia corte e dirette in avanti. Mucose labiali e congiuntiviali pallide. Pannicolo adiposo piuttosto deficiente; masse muscolari poco sviluppate ovunque, ma più particolarmente alla parte superiore del tronco. Impronta facciale rachitica.

Le ossa sono tutte armonicamente esili, il cranio piccolo, le bozze parietali poco sviluppate; quelle frontali sporgenti un po' in avanti, zigomi pronunciati, hanno la

caratteristica del cranio rachitico. La colonna vertebrale non presenta nulla di abnorme relativamente alla sua direzione; clavicole molto sporgenti in avanti, rendono molto marcata la fossa sopra e sotto clavicolare. La gabbia toracica è piccola, lo sterno nella sua appendice è leggermente deviato a destra, l'angolo del Louis è molto sporgente e l'inserzione del manubrio con lo sterno è di molto ingrossato, non così le articolazioni sterno dorsali. Arti superiori ben conformati. Bacino irregolare, la cresta iliaca destra è più bassa della sinistra; l'arto inferiore destro è più corto del sinistro di 5 cent., il femore è più corto di 2 cent. (39 il destro e 37 il sinistro).

Esame dei visceri. — Apparato respiratorio. La parete toracica si solleva tutta di un pezzo, il respiro è frequente, e nella inspirazione si sente un rumore come di ostacolo al passaggio della colonna area attraverso la glottide. La percussione tanto anteriormente che posteriormente non ci fa apprezzare nulla di anormale; l'ascoltazione è normale anteriormente, posteriormente il rumore respiratorio è leggermente diminuito a sinistra e alla base. Non fatta la percussione del cuore; l'ascoltazione di esso dà suoni normali su tutti i focolai, nessun soffio di sorta.

Funzioni gastro-enteriche buone; le orine sono chiare, di colore giallo-paglierino; non contengono albumina.

Sistema nervoso. — La sensibilità si mantiene per tutto il corpo, e i sensi si mantengono tutti perfetti. È in preda a continue contrazioni muscolari, specialmente dei muscoli mimici e degli arti superiori; di quando in quando anche gli arti inferiori sono presi da contrazioni.

Ebbe l'ultima mestruazione alla fine di aprile; non ricorda l'epoca dei primi moti fetali, e non ebbe alcun fenomeno simpatico di gravidanza. Il ventre è molto arcuato; la cicatrice è appianata, poco marcata la linea medio addo-

minale; poche smagliature di data recente nei due quadranti inferiori. L'utero è di forma ovoidea e di direzione variabile per le contrazioni dei muscoli addominali, arriva col fondo fra il terzo-medio e il terzo-superiore della zona sopra ombelicale. Il feto è vivo in presentazione podalica, e si sentono le piccole parti a destra. Il battito è più distinto in corrispondenza della cicatrice ombelicale. L'ostio vulvo-vaginale è ben conformato, di primavera, la vagina ampia, la cervice uterina completamente rammollita; il segmento inferiore espanso, le membrane integre. Si fa diagnosi di gravidanza uterina semplice nella seconda quindicina dell'8° mese, con feto vivo e sano in presentazione podalica, posizione *SIS*, in donna con spasmo muscolare diffuso. Per l'età corrispondente anche la misurazione addominale che dà il seguente risultato (26 dicembre 1885):

Distanza dal pube alla punta sternale	cent.	36
» » al bellico	»	20
Circonferenza addominale al bellico (supina).....	»	82
» » sotto ombelicale (supina).	»	81
Semicirconferenza longitudinale dell'utero.....	»	36
» trasversale dell'utero.....	»	28
Diametro longitudinale dell'utero.....	»	22
» trasversale dell'utero	»	19

Alle ore 1 pom. del 15 gennaio la donna comincia ad avvertire qualche dolore del parto; lo spasmo muscolare diffuso si mantiene sempre uguale. All'esame praticato allora si trova: collo scomparso, nessuna dilatazione, membrane integre, vertice nello scavo in posizione *OISA*. Il feto è vivo sano; le contrazioni si susseguono frequenti e valide; alle 7,30 pom. si rompono spontaneamente le membrane a dilatazione di cent. 5; ed alle 8,55 avviene l'espul-

sione del feto vivo, pesante 2160 gr., lungo 46 cent., ed ha i seguenti diametri:

Mento occipitale	mill.	125
Fronto occipitale	»	100
Bi-parietale anatomico	»	83
» ostetrico	»	80
Sotto occipito bregmatico	»	87
» frontale	»	85
» mentoniero	»	90
Bimastoideo	»	70
Mento bregmatico	»	90
» frontale	»	80
Trachelo frontale	»	80
» bregmatico	»	90
» occipitale	»	100
Biacromiale	»	85
Sacro pubico	»	55
Bitrocanterico	»	80

Un quarto d'ora dopo si compie il secondamento in modo naturale. Gli annessi pesano 440 gr.: si nota qualche placca fibrosa sulla faccia fetale della placenta.

Il puerperio decorre regolare, al 3° giorno si inizia la secrezione lattea: lo spasmo muscolare diffuso si mantiene inalterato.

Tra i fatti sovraesposti mi pare che alcuno metta in luce l'influenza che la gravidanza esercita nella produzione o nel richiamo di malattie nervose: così le modificazioni impresse dalla gravidanza nell'apparato vascolare sanguigno (ipertrofia del cuore, aumento della tensione intravascolare, crasi sanguigna) non possono considerarsi estranee nella produzione dell'apoplessia cerebrale: si impone pure a carico della gravidanza, col complesso delle modificazioni fisico-chimiche da lei portate all'organismo intero, la grave iperestesia plantare, che indicava la pro-

vocazione del parto, e che cessava dopo l'effettuazione di questo: e a carico della gravidanza sta il richiamo della corea, come lo dimostra la ripetizione dello stesso fatto in tutte le gravidanze pregresse, e la cessazione sua nel puerperio. Non è facile dire a quali, tra le modificazioni indotte dalla gravidanza, debbasi attribuire il richiamo della corea, tanto più che non è ancora bene conosciuta l'eziologia della corea in generale. Ma comunque siasi, troviamo sempre abbastanza per spiegare la sua insorgenza in e per lo stato di maternità, sia che per la eziologia sua si voglia accettare la teoria embolica, sia la teoria discrasica (cloro-anemia), sia la teoria dell'eccitazione dei centri nervosi, per via riflessa degli organi genitali modificati dallo stato di gravidanza.

Nel caso da noi osservato si aveva avuto interruzione di una delle gravidanze precedenti, nei primi mesi: tale interruzione era stata causata dalla esistenza della corea in piena manifestazione? e quindi il fatto sarebbe in maggiore appoggio dell'asserzione di alcuni autori (Fehling, Barnes), che la malattia in discorso ha un'azione funesta sull'andamento della gravidanza?

È quanto noi possiamo dire.

Dott. Emilio Fasola.

CORRISPONDENZA

PERFORAZIONE ACCIDENTALE DEL FORNICE VAGINALE POSTERIORE

Caro Martinetti,

Il render di pubblica ragione i casi di maggiore importanza, che spesso possono occorrere nella pratica medica, non deve esser davvero riserbato esclusivamente a coloro che, per loro ventura, vivono in un ambiente clinico ed ospitaliero; perchè anche i più umili gregari della scienza possono non raramente aver occasione di portare il loro piccolo contributo al grande edifizio, che i sommi costruttori, giovandosi anche del materiale portato dai poveri manovali, vanno innalzando sulle salde basi del Vero. Non è quindi per vano desiderio di *far gemere i torchi*, come in oggi pur troppo si costuma di praticare, che io vengo a comunicarti il caso che segue, recentemente occorsomi, del quale potrai, ove tu lo ritenga opportuno, dar qualche cenno ai lettori degli *Annali*. E senz'altro vengo al fatto.

Verso le ore 10,30 ant. del 17 Agosto corrente Cesira Verrucchi, bella e vigorosa giovane di anni 18, da Fanano, volendo saltare da un muro di spalliera in un orto, (mala abitudine cui da vario tempo si era assuefatta), cadde sconciamente, rimanendo infitta in un bastone, che serviva di sostegno ad una pianta di legumi,

il quale penetrò con violenza nel canale vulvo-vaginale. La ragazza ebbe la forza di animo di toglier via il palo dalla vagina, percorrere una trentina di metri e discendere poi un alto muro mediante una scala a piuoli, giunta al termine della quale cadde gridando, sorpresa da atroce dolore. Fu allora trasportata in casa dagli accorsi e adagiata sul letto, ove fu quasi subito visitata dall'ottimo mio collega il Dott. Oreste Bertini di Firenze il quale al mio ritorno in paese mi riferì quanto segue — « La ragazza « al momento in cui la vidi (ore 10,45 ant.) giaceva sul letto « in atto di completo rilasciamento muscolare del tronco « e degli arti — estremamente decolorata e pallida la fac- « cia, come pure la mucosa gengivale e congiuntivale — « fredda ovunque la pelle, ma in modo speciale alle estre- « mità — respirazione breve, superficiale, rara — polsi « impercettibili; in una parola stato completo di lipotimia. « Raccolti dai presenti i particolari del fatto, che pel mo- « mento non furono che confusissimi, ordinai immedia- « tamente di andar in cerca di ghiaccio per farne larghe « applicazioni sul ventre, e raccomandai estese frizioni « secche alle estremità, per riattivare la circolazione san- « guigna, essendo per allora impossibile amministrare ri- « medio alcuno per uso interno. Risolutasi dopo poco « tempo la lipotimia, era a questa succeduto uno stato « di agitazione violentissima: la malata gettavasi da un « lato all'altro del letto, emetteva grida acutissime di do- « lore che, interrogata, riferiva specialmente ai due ipo- « condri — i polsi erano piccoli, irregolari, celeri, fre- « quentissimi — sempre fredda la pelle. Dalla vulva si « aveva uno scolo continuo, sebbene moderato, di san- « gue rosso, disciolto, diffluente. Prescrissi l'introduzione « di piccoli pezzetti di ghiaccio nella vagina.

« Ore 3 pom. — Stato presso a poco immutato, solo « leggermente diminuita quella sovraeccitazione generale « di cui sopra. Cessato lo stillicidio sanguigno dalla vulva.

« Ripugnanza assoluta all'ingestione anche di minime
« quantità di brodo, alkermes ecc. Eravi stato in prece-
« denza vomito di un liquido sciolto, citrino (tale almeno
« appariva dalle macchie che aveva lasciate nel letto). Pelle
« sempre fredda, polsi un po' meno piccoli, ventre poco
« teso, ma dolente anche alla più snperficiale pressione. »

Al mio ritorno in paese, (ore 4 pom.) trovai la ragazza in tali condizioni io pure. Riscontrai, di lesioni esterne, una semplice e superficiale abrasione sulla faccia interna della coscia sinistra ed una lieve scalfitura sul gran labbro sempre di sinistra. Mi accinsi quindi, colle cautele antisettiche comuni, al riscontro digito-vaginale. Questo mi dimostrava come la vagina, il retto, la vescica e l'uretra, non avessero sofferto alterazioni di sorta. Il fornice nella sua metà destra era integro: il collo dell'utero piccolo, di vergine affatto inalterato. A sinistra e posteriormente però il dito esploratore affondava in una specie di poltiglia, costituita da coaguli sanguigni, attraverso la quale esso giungeva ad imboccare, molto profondamente un piccolo anello a margini velamentosi e taglienti, il quale abbracciava il dito assai strettamente Al di là di questo anello si sentiva mediante l'apice del dito un corpo assai duro, un po' mobile, a superficie liscia e tomentosa; era il capo dell'utero col quale io veniva in contatto attraverso del cul di sacco del Douglas perforato. Simile concetto si era formato già il Prof. Taruffi della Università di Bologna il quale prima di me aveva esaminato la ragazza, ed in eguale idea venne pure il Dott. Bertini, che dietro mio invito praticò l'esame vaginale. Capirai che con questo concetto diagnostico, rafforzato anche dalle considerazioni che lo stato generale della giovane suscitava, la prognosi che formulammo non potea non esser gravissima. Tuttavia insistei nelle pratiche terapeutiche già in atto, feci involgere l'ammalata in coperte di lana, e praticai quindi una irrigazione

vaginale disinfettante (mezzo per 1000 — sublimato) a piccola corrente. Mi volli quindi recare a visitare il luogo ove il fatto era accaduto. Due muri alti un due metri e mezzo ciascuno, e sostenenti un terrapieno venivano ad incontrarsi ad angolo retto; alla loro base correva una piccola aiuola, dove trovavansi delle pianticelle di legumi sostenute da dei pali discretamente robusti, alti poco più di un metro. La ragazza, per discendere per breve via dal terrapieno retto da quei muri, soleva mettere un piede in un crepaccio, che uno di essi presentava, e dar quindi un lancio per venire a cadere al di fuori della piccola aiuola. Sembra che questa volta alla giovane il sostegno su cui soleva poggiare fallisse, di maniera che andò a cader giù quasi verticalmente, capitando appunto sul bastone che trovavasi nell'angolo, bastone che venne ad imboccare precisamente il canale vulvo-vaginale. Il palo non si piegò, e penetrò quel tanto che la lunghezza delle gambe della ragazza, che venivano ad incontrare il suolo, permise. Questo bastone, per quello che potevasi giudicare al vederlo, doveva esser penetrato per un 15 centimetri almeno, chè a tal distanza del suo apice trovavasi un nodo su cui erano rimasti attaccati dei peli, come dei peli trovavansi sulla punta. Era assai acuminato e imbrattato di sangue. Il diametro all'apice era di circa centimetri uno e mezzo alla base di 3.

Nella serata la ragazza si mantenne in condizioni press' a poco identiche, potè mingere spontaneamente e senza dolore, ebbe vomito, però non molto insistente e un po' di tregua nei dolori addominali. Praticai una iniezione ipodermica di etere solforico (due grammi e mezzo) e lasciai l'ammalata. Questa nella notte fu assai agitata; i dolori addominali aumentarono, il vomito andò un poco calmandosi e l'ammalata potè anche ingerire del brodo e dell'alkermes: si verificarono delle piccole emorragie dai genitali, presto domate però con applicazioni fredde locali.

Al mattino successivo (18 Agosto) trovai l'ammalata apparentemente un poco sollevata. La temperatura era di 37°, il polso si manteneva però in pessime condizioni, il ventre era più teso e dolorabile, tanto che l'ammalata si rifiutava alle applicazioni del ghiaccio; la faccia era sempre scomposta e si notava una distinta colorazione subitterica. La lavanda disinfettante fu tollerata un po' meglio della sera precedente, e l'ammalata si prestò assai volentieri a prender per bocca quanto le aveva prescritto (bibite eccitanti e forti dosi di oppio).

Verso le tre pom. le condizioni andarono ancora aggravandosi; la temperatura discese a 35°,7, punto a cui mantennesi fino al mattino successivo. Il meteorismo però era sempre insignificante, si era manifestata una leggiera diarrea, il polso mantenevasi contratto, frequentissimo e celere, l'aspetto dell'ammalata sempre pessimo. Niente di nuovo intervenne nella serata: amministrai dell'etere per via ipodermica, e lasciai l'ammalata in uno stato tale che credevo le cose non dovessero lungamente protrarsi. Invece la notte non fu molto agitata, ed al mattino successivo (19 Agosto) la ragazza mi rispondeva di sentirsi meglio. La temperatura era allora di 36°, il vomito molto diminuito, il ventre poco tumefatto, però sempre molto dolente e dolorabile; e in corrispondenza del quadrante inferiore di sinistra si notava una ottusità non spostabile col decubito sul fianco destro. Si era aggiunta una forte sete che a stento si frenava con somministrazione non interrotta di pezzetti di ghiaccio.

Le condizioni della giovane andarono a mano a mano aggravandosi; a mezzogiorno essa cominciò a raffreddarsi notevolmente; dette poi in smanie terribili e raccapriccianti, finchè 55 ore circa dopo avvenuta la disgrazia la poveretta cessò di soffrire.

Ottenni dalla famiglia della Verrucchi il permesso di praticare una parziale necroscopia sul cadavere della

Cesira, ed ebbi la fortuna di eseguirla sotto la direzione del predetto Prof. Taruffi e coll'aiuto del cortesissimo Dottor Bertini. Ed ecco quello che trovammo.

Lieve abrasione sulla faccia interna della coscia sinistra, non più lunga di 12 centimetri e piccola escoriariazione sul gran labbro corrispondente. Imene lacerato di recente a sinistra, integro nel segmento di destra. — Aperto l'addome si riscontrano i segni di una diffusa peritonite — le anse intestinali sono conglutinate fra loro e col peritoneo parietale da recenti essudati. Rimosso con cura l'intestino non trovasi in esso alcuna soluzione di continuo. Poco liquido e icoroso nelle parti più declivi del cavo addominale. Esaminando la faccia peritoneale della vescica, utero, trombe, ovaie e retto non si trova che un foro in corrispondenza della faccia posteriore del legamento largo di sinistra; foro rotondeggiante e grande quanto una moneta da due centesimi, per il quale viene ad uscire la punta del dito introdotto in vagina. Tolto in blocco ano e retto, apparato genitale interno e esterno, vescica ed uretra, ed esaminando tutto separatamente, si vede che la vescica, l' uretra ed il retto non presentano alterazioni di sorta. Vagina *completamente integra* in tutto il suo decorso: il collo dell' utero piccolissimo, di vergine, è lievemente escoriato a sinistra: ampiamente aperto il fornice a sinistra e posteriormente, apertura per cui si pesca nella piaga del Douglas, appunto dietro il legamento largo di sinistra.

Mi è sembrato importante comunicarti questo caso più unico forse che raro per il fatto della esatta combinazione in cui devono essersi messi l'asse del canale vulvo-vaginale e l'asse del corpo *discretamente acuminato* penetrante; combinazione di perfetto rapporto senza la quale non si potrebbe comprendere la *quasi assenza* di lesioni lungo il decorso della vulva e della vagina. E mi

sembra che di questo caso sì strano si debba tener nota anche per qualche eventuale discussione medico-legale su fatti di simil natura.

Ti stringo la mano.

Cutigliano, 30 *Agosto* 1888.

Tuo
LORENZO BORRI.

RIVISTA

Un nuovo processo di perineorafia.

Lawson Tait, ha immaginato recentemente un nuovo processo di perineorafia, che si raccomanda all' attenzione dei ginecologi per la sua semplicità, per la sua rapidità d' esecuzione non tanto, quanto per l' esiguo numero di strumenti occorrenti, e per i buoni resultati che dà.

Questo processo si applica bene tanto alle rotture complete, quanto a quelle incomplete del perineo; parleremo del processo applicato alle rotture incomplete. I preparativi sono i seguenti: lavande, bagni, iniezioni vaginali, tamponi jodoformizzati, antisepsi della regione, in una parola tutto ciò che si suol praticare in simili casi.

Delle forbici ricurve a partire dall'articolazione, in modo che i manici facciano un angolo ottuso con la parte attiva delle forbici, un lungo ago con manico leggermente ricurvo, del filo di argento resistente, uno ago curvo, con un port-ago, del filo di seta, delle pinze emostatiche costituiscono presso a poco tutto il necessario.

La malata si colloca nel decubito dorsale, due aiuti dilatano le labbra della vulva, si fa sporgere in avanti la parete posteriore della vagina ponendo nel retto un tampone di garza jodoformizzata spalmato di vaselina e munito di un filo. Due dita della mano sinistra introdotte nel retto debbono permettere all' operatore di sorvegliare l'azione degli strumenti.

Nel punto di mezzo della distanza, che separa la commessura posteriore dall' ano, cioè nel punto mediano di ciò che resta di perineo, si affonda la punta delle forbici tenute orizzontalmente, sulla linea mediana, e davanti in dietro, si divide così il setto retto-vaginale nel punto di mezzo del suo spessore in prima a sinistra, quindi a destra, dopo aver fatto girare le forbici sovra sè stesse.

La sezione trasversale deve avere da tre e mezzo a quattro ctm.; essa è limitata, da ciascuua parte, da una incisione verticale che si può fare anche con le forbici, la quale partendo dal basso deve giungere al punto d'unione delle grandi e piccole labbra. L'insieme delle incisioni rappresenta per conseguenza una figura geometrica, nella quale le linee verticali sono di due e mezzo a 3 ctm.

Allorquando la sezione del setto retto-vaginale è compiuta, resta, dalla parte del retto, una piaga ravviata di forma quadrilatera, e, dalla parte della vagina, un lembo che si attorciglia in virtù della sua elasticità, e forma così un semicerchio irregolare. Se qualche piccola arteria dà del sangue, la torsione, oppure la compressione fatta con una pinza, bastano quasi sempre, o tutt'al più si possono legare con catgut fine.

La piaga deve essere lavata con una soluzione antisettica prima di procedere alla sutura col filo d'argento. Si pongono quattro fili con l'ago a manico curvo nella piaga stessa e al di fuori del suo bordo sinistro, traversando a tutta sostanza e trasversalmente i tessuti, sortendo ad un punto simmetrico del bordo dritto, sempre però al di fuori della superficie avvivata. Il punto più alto deve passare attraverso il setto retto-vaginale e un po' al di là del punto dove è stato raddoppiato.

Questi fili sono nascosti entro i labbri della ferita, e i bordi della pelle vengono a riunirsi sulla linea mediana.

Lawson-Tait si limita alle suture profonde, mentre le aperture esterne fanno, secondo la sua opinione, un drenaggio utile essendo i fili d'argento obbligati ad uscire dalla piaga. Säenger crede inutile questa precauzione per quelli che fanno l'antisepsi e colloca da 4 a 6 suture superficiali, perchè l'adesione sia perfetta. Fasciatura iodoformizzata sulla ferita, evacuazione della orina con un catetere durante i primi tre giorni. Si tolgono i fili superficiali il 7° giorno e i profondi il 14°. In questo momento la donna si può levare. Tutti i processi di perineorafia danno buoni resultati, ma questo è il più semplice e il più rapido: si deve dunque preferire.

Il viburnum prunifolium e la Piscidia erythirina nella dismenorrea. Rovira y Oliver. (*Gacieta Medica catalana*).

Numerosi sono i medicamenti destinati a combattere il dolore interno e lo stato nervoso, che si manifestano nella dismenorrea. Alcuni di questi medicamenti hanno dato dei notevoli resultati, però questi resultati non sono costanti, perocchè quelli agiscono sul

sistema nervoso in generale e non hanno influenza diretta sovra la innervazione ganglionare utero-ovarica.

Come il viburnum così la piscidia riuniscono queste due azioni per tal fatto C. Ginès, opinando che sarebbe più vantaggioso amministrarli associati che separatamente, propone la seguente formula:

Tintura di Viburnum prunifolium ...	ana	grm. 10
» di Piscidia erythirina.....		
Acqua distillata di menta	ana	grm. 1,50
» » di melissa.....		
Siroppo semplice		grm. 60

Di questa porzione se ne diano quattro a cinque grandi cucchiaiate al giorno. Il Dott. Ginès assicura che tutte le dismenorree trattate con questo medicamento, associato ad una buona igiene, sono guarite completamente.

Le manifatture dei tabacchi hanno esse una influenza nociva sovra la gravidanza e sopra il prodotto del concepimento? De Pradel. (*Journal de Med.*, Août, 1888.

L'Autore narra il seguente fatto. Una donna impiegata da undici anni in una manifattura di tabacchi, di 29 anni di età, fu fecondata per tre volte. La prima gravidanza terminata all'ottavo mese circa con un parto di un feto morto, che presentava i segni di una macerazione di più settimane. La seconda terminò con un aborto a due mesi. La terza terminò con altro parto a sei mesi e mezzo.

Tutto ciò avvenne senza poterne trovare la causa nè in questa donna, nè nel marito, che entrambi apparentemente sono sani.

Dietro questa osservazione l'A. si domanda: in tutto ciò non avvi che una semplice coincidenza, o non piuttosto è da incolparsi la professione di questa donna, e credere perciò all' influenza nociva della nicotina sopra il prodotto di queste tre gravidanze? L'A. cita i pareri dei Dottori Poisson, Lebail. Bordier, Delaunay, Ruinquaud che sono per il sì, e quelli dei Dottori Poisson, padre, e Jgonin di Lione che sono per il no, e conclude che quantunque egli creda difatti a questa influenza nociva della nicotina, pur tuttavia è mestieri di raccogliere il più gran numero possibile di osservazioni a tal proposito per emettere un giudizio inap-

pellabile. Gettato il grido d'allarme confida che i colleghi porteranno su tal quesito tutta la loro attenzione.

Setticemia puerperale grave — Gangrena dell'utero e della vagina — Curage — Guarigione. — CHARPENTIER — (*Journal de Méd.* 1888).

L'A. riporta una sua osservazione la quale viene a dimostrare che anche in casi di setticemia puerperale, non si deve sempre disperare perocchè la natura aiutata dal nostro intervento ha delle risorse incredibili.

Si tratta di una giovane primipara (19 anni), maritata da 11 mesi. Il 20 Aprile a 5 ore di sera partorisce normalmente dopo un travaglio di 15 ore. Dopo 20 minuti dal parto non avviene il secondamento; avvi un po' di perdita sanguigna. Il Dott. Pontray, che assisteva la donna, fa delle trazioni sul cordone ombellicale, senza successo però. Dopo altri minuti, aumentando la perdita sanguigna, ripete le trazioni, ma riuscendo vane, introduce francamente la mano e fa il secondmento artificiale, che riuscì nn poco laborioso. Compiuta l'estrazione fece una lavanda intrauterina antisettica. Decorsero i due primi giorni senza alcun accidente. Il terzo fu presa da un gran brivido con forte elevazione di temperatura, dolori nella fossa iliaca, vomiturizioni. Polso 130. — Temperatura 40°,3. Il giorno dopo fu visitata dallo Charpentier che trovò uno stato piu grave ancora del precedente giorno. Polso 160 — Temperatura 41°,4. Subdelirio — insomma tutti i fenomeni della setticemia più grave. La vulva, la vagina sono ricoperte di escare gangrenose, che lasciano scolare un liquido fetido malgrado le ripetute lavande intravaginali. Lo stato generale era sì grave che l'A. fu indotto a fare una lavanda intrauterina col liquore di Van Swieten, da rinnuovarsi alla sera se la malata non era morta. Dopo questa lavanda si ebbe un miglioramento tale che l'A. si decise ad intervenire più attivamente.

Dopo aver fatto una lavanda vaginale col liquore dello Swieten raddoppiato, cercò di abbassar l'utero per fare il raschiamento. Ma il callo essendo assai friabile cede sotto la pinza. Allora bisognò farlo senza abbassar l'utero. Fece la dilatazione della vagina con una valva di Sims, e dopo aver lavato la cavità uterina al solito con il liquore di Van Swieten, la raschiò con un cucchiaio, quindi nuova lavanda. Dopo introdusse nella cavità un tampone bagnato in una soluzione di glicerina e creosoto. Nuova lavanda. Di poi raschiamento della vagina e della vulva in modo da portar via più escare che era possibile. Anche qui si fa una lavanda

col solito liquido e dopo si colloca nella vagina un largo tampone di garza iodoformizzata. Il resultato di questa operazione fu meraviglioso. I lochi appena appena erana odorosi. La febbre cadde, la temperatura non oltrepassò i 37°,8. Le cose andarono bene per cinque giorni. In capo a questo tempo la malata fu assalita da una pleurite, che mise in periglio la sua vita. Anche di questa seconda malattia ha trionfato e si trova in piena guarigione.

L'A. narrato il fatto, trae le seguenti conclusioni: 1° che in presenza di una setticemia puerperale, anche molto avanzata, non bisogna disperare, e che il raschiamento è una ultima e seria risorsa per il chirurgo; 2° che la pleurite che viene in seguito ad una febbre puerperale non è sempre e fatalmente purulenta. Infatti nella donna oggetto di studio del chiaro Professore, da M. Hanot fu praticata una puntura, che dette resultati negativi. Dunque, dice l'A., il liquido si era riassorbito, ma che io mi sappia le pleurisie purulente puerperali non scompaiono così facilmente.

Trattamento delle ragadi della mammella. Dott. Monti.

Gutta-perca . . . . . grm. 10
Cloroformio q. b. p. disciogliere completam.

Con questa soluzione si spalmano i punti escoriati dove si forma, seccandosi, una pellicola che non si stacca neanche dopo che il bambino ha poppato.

Valore terapeutico di certi medicamenti nelle emorragie uterine.

Le emorragie uterine possono esser trattate con buoni resultati col mezzo dell'ergotina, della digitale, della *Cannabis indica* del bromuro di potassio, dell'arsenico, dell'acido gallico. L'ergotina è utile nelle iperemie croniche, nelle emorragie dovute a sub-involuzione e quando dipendono da fibromi interstiziali o sottomuccosi.

La digitale è utile nelle metrorragie dovute a vizi di cuore. La *Cannabis indica* agisce in modo un po' incerto, ma pare piuttosto sul sistema nervoso.

Il bromuro di potassio agisce come sedativo nella irritazione ovarica, nella congestione; è utile anche in certe forme di menorragia, come anche nella emorragia prodotta da peritonite pelvica acuta e sub-acuta.

L'arsenico agisce megliorando lo stato generale, di qui il suo valore nelle menorragie delle giovanette.

L'*Idrastis Canadensis* si raccomanda in tutte le metrorragie qualunque siasi la loro causa.

Garrigues ha ottenuto dei buoni resultati, specialmente nel caso di fibromi, col *Gassipium herbaceum*. A. S.

Trattamento della dismenorrea. Emilio Goubert.

1°. Per le giovanette: Sei o otto giorni avanti l'epoca presunta delle regole, far prendere, ciascun giorno, sei delle pillole seguenti, separatamente:

Jodoformio	centgr.	0,03
Estratto di belladonna .	»	0,01
Assa fetida	»	0,08

Per ogni pillola.

2°. Per le donne.

Prendere, mattina e sera, in un decotto di camomilla, una cucchiaiata da minestra di siroppo composto (sempre sei o otto giorni avanti):

Joduro di potassio	grm.	4
Tintura di zafferano . . . . , ...	»	8
Siroppo di belladonna » di scorza d'arancio } . . .	»	100

M. E.

Due o tre giorgi prima delle regole fare sul collo delle insufflazioni di jodoformio in polvere e mettere un tampone di cotone jodoformizzato. L. Bertocchi.

Trattamento medico della regressione incompleta dell'utero.

Per rimediare all'involuzione incompleta nel puerperio, Chéron ha istituito un trattamento chirurgico: l'ignipuntura profonda a pieghe numerose.

Contemporaneamente istituisce la cura medica seguente:

1°. L'uso bi-quotidiano delle frizioni cloroformizzate sulla regione dei reni.

2°. Bagni salini;

3°. Infine, prendere a ciascuna ripresa, dieci goccie della preparazione seguente:

Tintura dl rabarbaro	grm.	30
Vino stibiato	»	4
Acetato di potasssio.	»	8

Epitelioma del collo uterino curato con la estirpazione parziale. Dott. Espreacico. (*El Dictámen*).

Si trattava di una donna affetta da epitelioma del collo. L'utero era mobile, i fornici normali, mentre la porzione sottovaginale del collo era indurita ed era sede di una ulcerazione epiteliale. Lo stato generale essendo buono fu fatta la operazione con l'aiuto del cloroformio. La Malata fu posta nella posizione classica. Fu fatta la dilatazione con una larga valva del Sims, e quindi una lavanda antisettica della vagina con acido fenico. Con una pinza fu abbassato l'utero fino all'ostio vaginale, fu fatta una incisione del collo e trasversalmente fin vicino alla inserzione della vagina, in modo da dividerlo in due porzioni, o meglio in due labbra ben distinte, estirpando prima quello anteriore con un bistorì curvo, tagliandone però un cono nel tessuto uterino sano, comprendendovi il tessuto malato, e conservando la muccosa che era veramente sana. Con tre punti di sutura, con seta fenicata furono messe a contatto le due muccose, quella del canale e quella del collo, e così chiusa la ferita del labbro anteriore. Avvi abbondante emorragia durante l'atto operativo. In egual maniera fu trattato il labbro posteriore, ma con maggior difficoltà, non tanto perchè maggiore era la emorragia, quanto perchè mancava all'operatore un ago molto curvo per fare la sutura delle muccose. Per terminare egli pose due punti ai lati dell'orificio per unire la prima incisione. Riuniti così i labbri della prima ferita fu fatta una grande lavanda antisettica e assicurato il tutto con un tampone fenicato. La operazione durò 30 minuti. — Le conseguenze furono normali. La temp. 38,5 nei primi giorni, senza nessun dolore addominale. In 8ª giornata furono tolti i punti, la ferita era cicatrizzata in tutta la sua estensione. — Dopo molto tempo dall'operazione, visitata, fu trovato l'utero con una bella cicatrizzazione, senza indurimento e sane le parti adiacenti. A. S.

Il Geranium maculatum, nelle emorragie uterine. Egasse.

Il *geranium maculatum*, altre volte raccomandato all'attenzione dei Medici Americani dal Dott. Barton, era caduto nell'oblio. Il Dott. Shocmaker, di Filadelfia, ha ripreso lo studio di questo medicamento. Egli considera il geranio come il medicamento senza rivali per combattere qualunque forma di emorragia, e raccomanda in modo speciale l'estratto fluido. In casi di metrorragie egli raccomanda 20 gocce di estratto per quattro volte al giorno e delle injezioni vaginali contenenti una parte di estratto per

tre parti di acqua. Pur tuttavia non sarà superfluo di tamponare la vagina con cotone imbevuto di questa soluzione diluta o di praticare con questa delle injezioni intrauterine, che però dovranno esser fatte con molta circospezione.

Vomiti incoercibili della gravidanza. Blumensaudt.

Pr.	Cloridrato di cocaina	ctgrm.	20
	Tintura di Badiano Alcoolato di menta	ana. grm.	10
	Siroppo di cannella	»	30
	Acqua di tiglio	»	140

Da prendersi a cucchiajate dopo i pasti.

Degli antisettici durante il travaglio.

Il Dott. Walter R. Chase, di Brooklyn, dice che le injezioni vaginali, fatte durante il travaglio, sono dannose perchè tolgono il mucco che riveste le pareti vaginali, ritardano là per là il travaglio ed espongono alle lacerazioni del collo. Dopo il parto la injezione non è necessaria e può inutilmente irritare la malata e nel medesimo tempo penetrare nell'utero e qualche volta nella cavità peritoneale. La pioemia e la setticemia si veggono qualche volta quando non si è fatto uso di injezioni, ma niente prova che provengano da questa astensione. I casi nei quali gli antisettici debbono essere impiegati sono chiaramente stabiliti. — Le donne incinte debbono evitare le malattie contagiose. — Se mai vi fossero esposte debbono immediatamente cambiare di abiti e prendere un bagno antisettico. Il medico deve prendere le medesime precauzioni. Gli istrumenti debbono essere immersi in una soluzione antisettica. Le injezioni antisettiche non dovranno essere impiegate nel travaglio normale fino a che non è terminato. Il loro uso deve essere indicato allora dai casi complicati come per es. dalla macerazione del feto. Così pure quando vi ha ritenzione di placenta, lacerazione del collo o del perineo.

Trattamento della peritonite puerperale. Spillmann e Ganzinotty.

Per circoscrivere la peritonite puerperale, applicare 8 a 10 sanguisughe *loco dolenti,* se la malata è vigorosa — delle ventose secche se ella è anemizzata da emorragie anteriori. Ghiaccio sull'addome per più giorni di seguito, senza interruzione per diminuire il meteorismo. Le pennellature di collodione elastico fatte su tutta la superficie addominale agiscono pure contro il

dolore. Il solfato di chinina viene amministrato a titolo d'antipiretico, di sedativo e d'antisettico nella dose da uno a due grm. nelle 24 ore. L'oppio, nel tempo stesso che calma il dolore, fa cessare l'agitazione generale ed immobilizza l'intestino. Si può amministrare per la via interna e per iniezioni sottocutanee. Si incomincia con una iniezione di un centigrammo di morfina e si ripete l'operazione più volte nelle 24 ore fino a che non si è ottenuto l'effetto che si desidera. Come bibita, dell'acqua gassosa, del vino Champagne, della birra, delle bevande spiritose e ghiacciate o del ghiaccio puro. Lavande antisettiche della vulva e della vagina. Si può anche fare, se è indicato, una lavanda intrauterina. Per ciò fare ci si serve di una sonda a doppia corrente e di una soluzione di bicloruro di mercurio al mezzo per mille, previa applicazione dello speculum. Astenersi sul principio dai purgativi e dai vescicatori, che esagerano le contrazioni intestinali e possono favorire l'estendersi della peritonite.

Del tamponamento con la garza iodoformizzata nell'inerzia uterina consecutiva al parto normale.

Questa specie di medicatura M. Dursshen l'ha impiegata dopo aborti al 4° e al 5° mese, in casi di aborti settici, e se esiste emorragia da inerzia uterina dopo il parto normale. A questo effetto, dopo lo scollamento, il raschiamento e la ripulitura completa della cavità uterina egli la lava copiosamente con una soluzione all'acido salicilico al 30 per 100 e pratica il tamponamento. A questo scopo la sua borsa ostetrica è munita di un astuccio in ferro contenente più fascie di garza iodoformizzata al 20 per 100, ciascuna fascia è costituita di 4 strati di 8 metri di lunghezza e larga da quattro a cinque dita trasverse. Due pinzette a denti fissano in atto il labbro esterno dell'utero, mentre che una lunga pinza ordinaria serve ad introdurre la fascia di garza nell'utero.

Ripiena così gradualmente la cavità uterina questa non tarda molto a addossarsi all'intorno del corpo straniero che agisce su le sue pareti alla guisa di uno stimolante. Per misura di precauzione è utile tamponare anche la vagina, quando la placenta è inserita profondamente e si dubita della persistenza dell'emorragia. Questo tamponamento antisettico non deve esser tardivo, e se Dursshen consiglia la sua applicazione dopo l'amministrazione infruttuosa di ergotina, di iniezioni di acqua calda e fredda, raccomanda però di non attendere per intervenire lo spossamento della malata per la persistenza o l'abbondanza dell'emorragia.

A. S.

Mezzo di terminare il parto.

Riportiamo quel che segue del giornale del Prof. Charles di Liege:

Il Dott. Squires scrive al *Medical Record* che quando gli ultimi dolori tardano a manifestarsi e che l' ostetrico desidera di terminare il parto, si possono prontamente provocare le contrazioni, consigliando alla paziente di fare un' inspirazione profonda, seguìta da un'espirazione alla quale si mette ostacolo applicando il dorso della mano contro la bocca. Questo modo pare sia riuscito in tutte le circostanze in cui è stato adoperato. Senza essere esclusivi come M. Tournay nella tesi che egli ha sostenuto davanti la Facoltà di Bruxelles, si può ritenere che l' inspirazione profonda rimpiazzi con vantaggio, almeno in certi casi, le trazioni fatte sul cordone.

Medicature del cancro uterino.

Il Dott. Haslam ha lodato l' uso d' una miscela d' oleato di zinco in polvere e d' iodoformio, in ginecologia. La polvere può essere applicata per insufflazione, o su un tampone secondo il caso. Nel cancro ulcerato, esso diminuisce la sofferenza e lo scolo, e toglie il cattivo odore. — È un' applicazione astringente ed antisettica nello stesso tempo.

Trattameuto dei corpi fibrosi secondo il Dott. Albert di Vienna.

Per i corpi fibrosi dell'utero egli raccomanda l'enucleazione del mioma, con sutura delle pareti della sacca alla pelle; in diciannove operazioni praticate con questo processo egli ha dato una sola morte. Dopo l' apertura della cavità peritoneale, egli applica attorno all' utero una benda di caoutchouc; poi incide la parete uterina al davanti della neoplasia affine di enuclearla. Una volta praticata l'enucleazione, bisogna osservare accuratamente se la cavità uterina non è stata aperta nel corso dell' operazione. In quest' ultimo caso, vale meglio fare l' estirpazione completa dell' utero; il medesimo si fa se il corpo fibroso è situato nella parete posteriore.

AVVISO

Sono pregati quelli fra i signori Abbuonati, che ancora non lo hanno fatto, di mettersi al più presto in regola con l'Amministrazione del Giornale, inviando l'importo dell'abbuonamento.

PAGARONO L'ABBONAMENTO PEL 1888

i Signori:

Dott. Piccoli, Dott. Spinelli, Dott. Barone, Dott. Antoriello, Dott. Pinzani, Dott. Vercellini, Dott. Carrara, Dott. Kirch, Dott. Allegri, Signora Saurin, Signora Viani, Onorevole Economato degli Istituti Ospitalieri di Bergamo, Onorevole Amministrazione della Scuola Ostetrica di Vercelli, Onorevole Amministrazione dell'Ospedale Civico di Mantova, Onorevole Amministrazione del R. Ospedale di Milano, Onorevole Amministrazione del R. Ospedale di Novara, Onorevole Amministrazione della R. Maternità di Verona, Onorevole Amministrazione dell'Ospedale Civico di Codogno, Onorevole Amministrazione del Civico Ospedale di Udine.

ANNALI DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

SOMMARIO. — Caruso Dott. Francesco. Il Taglio Cesareo conservatore con sutura dell' utero. Studio storico-casistico-critico. (*Contin.*) *Pag.* 433. Quarta riunione annuale della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia tenuta in Napoli dal 3 all' 8 Settembre 1888. — Rendiconto delle sedute redatto dal segretario Dott. Vincenzo Lauro. *Pag.* 446. — Ostetricia: Anemia perniciosa progressiva in una donna gravida; guarigione mediante l' interruzione artificiale della gravidanza al 7° mese. Dott. Marino Giacanelli. *Pag.* 467. — Avvisi. *Pag.* 480.

IL TAGLIO CESAREO CONSERVATORE CON SUTURA DELL'UTERO

STUDIO STORICO-CASISTICO-CRITICO

DEL

Dott. FRANCESCO CARUSO

GIÀ ASSISTENTE ALLA CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA DI NAPOLI

COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
13 DEC 88
LIBRARY

Continuazione V. pag. 385-400 — Settembre del 1888.

Commendava la pratica dello sgusciamento dell' utero prima d' inciderlo, come del resto ebbe a praticare il più delle volte (dalla 5ª operazione in poi), mostrandosi convinto a tutta pruova de' benefizi che ne derivano. Norme identiche alle già riferite a proposito dell'esame della sua precedente pubblicazione assegnava per l' uso della costrizione elastica, per la toilette del cavo uterino, pel materiale di sutura uterina, (da essere in ogni caso il catgut preparato all'acido cromico, il quale avrebbe anche l'altro pregio

di non favorire le aderenze fra l'utero e la parete dell'addome) ed in fine per la sutura della ferita cesarea.

In quanto alla maniera di praticare quest'ultima, la cui trattazione rimettemmo a questo punto, il Leopold procede così: applica le suture profonde attraverso tutto lo spessore della parete uterina, ad eccezione della decidua, alla distanza di 1 ctm. dal margine sieroso. (Figura 27. *S. P.*) In quella che egli annoda le dette su-

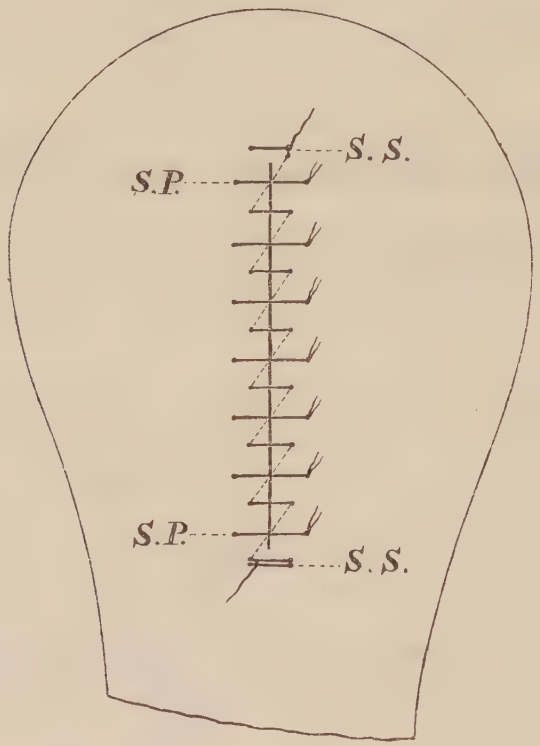


Fig. 27. (1)

ture, un assistente per mezzo di una pinzetta riversa in dentro le lamine peritoneali, le quali a sutura profonda completa vengono a trovarsi affrontate in superficie per l'estensione di 2-3 millimetri. L'Autore reputa non necessario un più esteso affrontamento delle lamine sierose.

(1) Questa figura non si riscontra nella monografia in esame.

Applica poscia la sutura siero-sierosa a punto continuo, a cominciare dall'angolo superiore, a mezzo centimetro su ambo i lati dal margine peritoneale, facendo un nodo a principio ed uno alla fine (*S. S.*). A sutura finita il filo della sutura a sopraggitto viene a giacere alla superficie dell'utero in senso normale alla linea della ferita e nello spessore del viscere in senso obliquo alla linea medesima (tratti punteggiati), trovandosi compreso in parte dentro, in parte fuori delle anse formate dalle suture profonde. Il Leopold, apponendo la sutura siero-sierosa senza darsi la pena di attraversare ogni volta il peritoneo in due punti per ciascun margine, non si propone di conseguire colla stessa un affrontamento ulteriore della sierosa in superficie, bensì di occludere i punti della ferita rimasti ancora beanti non ostante l'applicazione delle suture profonde e di rendere più solida l'azione di queste ultime.

Prima di passare oltre, non vogliamo dispensarci dal far menzione della condotta seguìta dal Leopold per diagnosticare la sede dell'inserzione della placenta nel taglio cesareo. Durante il nostro soggiorno nell'Istituto di Dresda la sentimmo parecchie fiate dal Leopold medesimo enunciata ed avemmo a convincerci come questi vi facesse su molto assegnamento. La riferiamo colle parole del Korn che se ne occupò per incidente nel suo lavoro sul parto prematuro artificiale (1): « Noi cerchiamo in ogni caso « mediante l'esame esterno, rintracciando il punto di di- « stacco degli ovidutti dall'utero, di determinare la sede « della placenta, condotta sulla quale il Prof. Leopold « ha sempre richiamata la nostra attenzione e della cui « sicurezza avemmo a convincerci in tutti i casi di ope- « razione cesarea. Se le trombe, che in molti casi si pos-

(1) Beitrag zur Lehre von der künstlichen Frühgeburt, pag. 27. 1ª Parte della citata monografia del Leopold: Der Kaiserschnitt etc.....

« sono seguire per tutta la loro lunghezza attraverso le « pareti addominali, si dipartono indietro della linea me- « diana (trasversale) del fondo dell' utero, se, cioè, l' inar- « camento predominante di questo trovasi in corrispon- « denza della sua parete anteriore, con altre parole allo « innanzi del punto di distacco delle trombe dall' utero, « la placenta è inserita sulla parete anteriore, e vice- « versa. » Nella monografia testè passata a disamina, il Leopold si limitò appena ad accennare che nelle operazioni in data del 5 Luglio 1886, 14 Gennaio e 13 Giugno 1887 (vegg. le istorie cliniche relative a pag. 122, 128, 131) fu fatta diagnosi dell'attacco della placenta alla parete anteriore prima del taglio della matrice (diagnosi confermata), senza aggiungere ulteriori spiegazioni in proposito. Anche nelle operazioni in data dell' 11 Dicembre 1886 e 1° Febbraio 1888 per mezzo del suddetto criterio diagnostico venne riconosciuta in antecedenza la placenta aderente alla parete anteriore (diagnosi del pari confermata), come si rileva dai protocolli dell' Istituto.

Esposta così in succinto una tale pratica, ci riserbiamo di farne a tempo debito la critica per stabilire se abbia fondamento di vero ed, in caso affermativo, di quale utile applicazione possa essere capace per la pratica (1). —

(1) Non sarà qui inutile, trattandosi di una quistione che ha esercitato mai sempre la mente degli ostetrici di fare brevemente la istoria delle varie opinioni e pratiche escogitate ne' diversi tempi per diagnosticare il sito d' inserzione della placenta.

I. È noto come il Levret, che ammise la matrice inclinarsi sempre dal lato ove è inserita la placenta, assegnasse una serie di criteri per diagnosticare il così detto *attacco laterale* di quest' ultima, prescrivendo in tal caso di operare dalla parte opposta a quella dell' inserzione della medesima per non aprire de' grossi vasi. (Suite des Observations sur les causes et les accidens de plusieurs accouchements laborieux. — Paris, 1751). Il Levret fu seguito in questa via da Stein seniore, suo discepolo, (Arte Ostetricia — Trad. di G. B. Mantegna, Venezia 1805, parte 2ª) da Millot, che volle che il taglio in ogni caso fosse fatto dal lato opposto a quello dove l' utero era deviato (Observ. sur l'operat. dite cesarien. faite av. succ., Paris 1799), e da parecchi altri. Ma ben presto i suddetti criteri dell'illustre ostetrico vennero dimenticati, perchè dimostrati falsi dall'esperienza.

A questo punto merita speciale menzione il modo di praticare l'antisepsi adoperato dal Krassowski di Pietroburgo nelle laparotomie in generale e quindi anche nei

II. Un mezzo di diagnosi di molta importanza in proposito si volle basato sull'ascoltazione, dopo che in seguito alla scoperta del soffio uterino fatta da Lejumeau de Kergaradec nel 1821. Laennec, Monod, Kennedy, Hohl, Carriere, Radford ed altri molti ammisero che il detto rumore fosse sempre in relazione col sito d'impianto della placenta. Ma a dimostrare erronea una tale teorica sorse subito e prima d'ogni altri il Ritgen (Ueber die Anwendung des Gehörsinnes zur Erforschung der Schwangerschaft, etc. .. in Mende's Beobach. u. Bemerk. aus d. Geburtsh., Göttingen, 1825, vol. 2°, pag. 38) e dopo il Ritgen un gran numero di autori. Fra tutti basterà citare il Depaul, il quale nel suo classico lavoro: Traité théor. et prat. de l'ausc. obst. — Paris, 1847, dimostrò non esservi alcuna relazione fra il sito ove si ascolta il rumor di soffio e quello ove trovasi inserita la placenta. Ad onta di ciò, posteriormente parecchi ostetrici seguitarono a ammettere la esistenza della detta relazione. Naegele e Grenser, partendo da questo principio, prescrissero pe' casi di aderenza della placenta alla parete anteriore di fare l'incisione uterina alquanto di lato. (H. Fr. Naegele's Lehrbuch der Geburtshülfe, VIII. Auflage bearbeitet und vermehrt von L. Grenser. — Mainz, 1872, p. 393). Il nostro Balocchi, che ritenne del pari essere il soffio uterino atto a far riconoscere il luogo d'inserzione della placenta ed anche la sua forma, riferì di essere riuscito per mezzo del detto criterio in due casi, prima di accingersi all'atto operatorio, a diagnosticare l'attacco della placenta alla parete uterina anteriore. Però egli non propose alcuna norma per ovviare agli inconvenienti di una tale accidentalità (Ostetricia per gli Studenti di Med. e Chir. etc.... IV. Ediz., Milano 1871, p. 175 e 823). Una volta poi caduta del tutto la teorica placentare del rumor di soffio, n'è venuto di conseguenza che oggi in caso di operazione cesarea non si pensi più a servirsi dell'ascoltazione per diagnosticare la sede dell'inserzione della placenta.

III. L'Halbertsma, nell'operazione alla Porro praticata nel Dicembre 1880, prima d'incidere l'utero, pensò di assicurarsi per mezzo di una puntura esploratrice del sito d'inserzione della placenta. Essendo risultato che la placenta era di fatto aderente alla parete anteriore, spinse fortemente l'utero verso destra a fine di far cadere il taglio per quanto più fosse possibile sul lato sinistro. La placenta non venne colpita e l'emorragia fu leggiera. L'Halbertsma raccomandava in seguito la pratica della suddetta puntura per ogni caso di operazione cesarea, dando in proposito la seguente norma: « se il trequarti incontra la placenta, anche quando il medesimo sia introdotto molto profondamente, ne verrà fuori soltanto del sangue, in caso contrario subito del liquido amniotico, ovvero si cadrà issofatto sul feto e se ne provocheranno i movimenti attivi. » Data la possibilità di schivare la placenta nel taglio dell'utero per mezzo della pratica enunciata, ne sarebbero derivati, a dire dell'Autore, come effetti diretti il miglioramento della prognosi dell'operazione cesarea in generale, la riabilitazione dell'antico taglio cesareo insieme con l'allargamento de' limiti delle sue indicazioni. (Weckblad v. h. Nederl. Tydschrift voor Geneesk. 1880, n. 36 — e Die Diagnose des Sitzes der Placenta durch Probe punktionen. — Centralbl. f. Gynäk., 1881, n. 5). Intanto, ad onta delle calde raccomandazioni fatte dall'Halbertsma affinchè la detta proposta fosse esperita, e del lusinghiero avvenire auguratole, la medesima fu pochissime volte tradotta in pratica e non sempre si rilevò efficace a far delimitare esattamente la placenta (come per es. nell'operazione fatta da Geyl il 25 Giugno 1887; Arch. f. Gynäk. Bd. XXXI, Hft. 3). L'Autore dimostrava più tardi di rinunziarvi da sè medesimo, allorchè al Congresso di Copenaghen (1884), ove egli era presente, messa sul tappeto la quistione della tecnica dell'operazione cesarea, non spese alcun motto in favore della sua pratica. Troppe critiche invero le erano state fatte, perchè valesse la pena di

casi di taglio cesareo conservatore (operazioni in data dell' 8 Dicembre 1886 e 29 Dicembre 1887) descrittoci *in extenso* dal Bolschesolski. (1) L'Autore pel lavaggio delle pareti addominali, delle mani, per la disinfezione della seta, per la preparazione del materiale di medicatura, ecc. si serve di una soluzione di bijoduro di mercurio all' 1 : 1000 — all' 1 : 4000 (Hydrargyri biodati rubri, Kalii jodati ana 30, aquae 100 ccm.) Cucita la ferita addominale, asperge di jodoformio la linea di sutura, appone sulla località un pezzo di marly che fissa con spesso strato di collodion contenente del bijoduro mercurico (Collodii 7,5; Hydrargyri bijodati rubri 0,06; Spiritus vini gtt. q. s.), indi applica uno strato voluminoso di ovatta disinfettata ed infine ferma la detta medicatura con una fascia di marly. La ferita esterna rimane così ermeticamente chiusa e per conseguenza protetta

farle affrontare un'ulteriore discussione. Tra le varie estimazioni pubblicate intorno alla medesima sarà sufficiente riportare qui quella del Mangiagalli, che ci pare di tutte la più esatta e completa: « Ammesso anche, scriveva il Mangiagalli nel citato suo lavoro, « il valore della pruova che a vero dire mi si presenta di carattere alquanto oscuro, « non so vedere quali ne sieno i vantaggi, ammenochè l'operatore fattosi convinto della « inserzione della placenta sulla parete anteriore, non volesse per dato e fatto ricor- « rere al processo di Müller. (L' Halbertsma invece aveva consigliato di far sempre l'incisione uterina *in situ,* ritenendo la sua pratica capace di poter sostituire affatto quella del Müller). Invero, discostarsi di troppo dalla linea mediana per pra- « ticare il taglio verso le parti laterali, o altrove per non incontrare la placenta e « per avere minore emorragia non sarebbe partito sicuro, tanto più che resterebbero « sempre a determinare i limiti dell'inserzione placentare, e poi avvicinandosi di « troppo ai margini uterini si cadrebbe da Scilla in Cariddi, incidendo i grossi tron- « chi vascolari che per essi si diramano nel contesto del viscere gestante. »

IV. Si è ricorso finalmente da qualcuno anche alla palpazione ad addome aperto per fare la diagnosi dell' inserzione della placenta alla parete anteriore. (Leggasi la descrizione dell'operazione cesarea praticata da H. F. Baley il 16 Agosto 1887. — The Lancet, 12 Maggio 1888, p. 919-20). Winkel si esprime così a questo proposito: « Mediante il palpamento, più o meno chiaro, delle parti fetali puossi in antecedenza (ad utero eventrato) riconoscere se la placenta è aderente alla parete anteriore oppure no. (Lehrbuch der Geburtshülfe, Leipzig 1888, p. 720).

(1) Undici laparotomie praticate da A. Krassowski coll'uso del bioduro di mercurio come mezzo antisettico. — Giornale di Ostetricia e Ginecologia. Pietroburgo, 1887, Vol. 1°, p. 576 (in lingua russa). Riscont. anche la pubblicazione di Krassowski: Kurzer Bericht über die vom 16. October 1885 bis zum 1. Januar 1888 ausgeführten Kaiserschnitte in der St. Petersburger Gebäranstalt. — Arch. f. Gynäk., 1888, Bd. XXXII, Hft. 2.

contro ogni ulteriore infezione fino al 7° od 8° giorno, in cui per l'ordinario il Krassowski rimuove le suture, sciogliendo lo strato di collodion per mezzo dell'etere solforico: portato poi via lo strato di marly, ciò che ha luogo molto facilmente, pratica l'anestesia locale a fine di risparmiare alla paziente il dolore proveniente dalla rimozione delle suture. Questa sorta di medicatura, secondo l'Autore, oltre al vantaggio notato, avrebbe anche l'altro di permettere, in caso di peritonite l'applicazione della vescica di ghiaccio col semplice allontanamento dello strato di ovatta, in quella che la ferita rimane tuttavia ermeticamente chiusa. —

Infine in occasione di una nostra comunicazione sui più recenti risultati del taglio cesareo conservatore con sutura dell'utero fatta il 25 Giugno scorso alla Società Ostetrica e Ginecologica di Lipsia, ebbe luogo un'interessante discussione intorno alla tecnica operatoria in esame.

Dapprima il Sänger e il Döderlein si sollevarono contro l'uso del catgut preparato all'acido cromico come materiale di sutura uterina.

A questo proposito noi avevamo narrato la storia dell'ultima operazione cesarea praticata dal Sänger (17 Dicembre 1887), in cui questi come per pruova adoperò il catgut all'acido cromico per la sintesi della ferita della matrice. Il suddetto materiale si lasciò infilare ed annodare con istento ed i nodi riescirono molto spessi. Il puerperio decorse normalmente e la ferita addominale guarì per primam. Nel giorno della dimissione della donna dalla clinica, che avvenne al 23° giorno di puerperio, l'utero, contenuto ancora per intero nel cavo del ventre fu trovato largamente aderente alla parete addominale, del resto poi si rilevò perfettamente mobile insieme con questa e spostabile facilmente anche all'ingiù. Frattanto nell'Aprile venivano spediti al Sänger *3 fili di catgut cromico*

i quali erano stati espulsi dal ventre della detta operata 3-4 mesi dopo l'operazione, con un certo intervallo l'uno dall'altro, attraverso una fistola della cicatrice esterna, sotto una lieve suppurazione e senza alcun disturbo del benessere generale. Due dei fili erano anse complete e chiuse e pel loro calibro appartenevano alle suture superficiali; il terzo, più doppio, era formato da un nodo spesso e da due tratti di filo lunghi circa 4 mm. È presumibile che ulteriori fili sieno stati espulsi in seguito per la stessa via. In base massime a questo risultato ottenuto coll'uso del catgut all'acido cromico, il Sänger fece riflettere che per lo meno nel detto materiale preparato secondo le norme del Miculicz non è possibile di ravvisare l'ideale del materiale di sutura uterina. Forse esso si riassorbe molto più lentamente della seta, forse in generale niente affatto, perciocchè possiede la compattezza del cuoio. Aggiunse aver dovuto rimuovere sempre le suture al catgut cromico usate nelle operazioni di plastica in vagina, una volta perfino sei settimane dopo l'operazione. In sostituzione del catgut in quistione raccomandò l'uso esclusivo della seta, essendosi convinto per esperienza acquistata nelle laparotomie ripetute sullo stesso soggetto che anco le suture più spesse fatte con quest'ultima riescono innocue e sono affatto riassorbite (1).

(1) A proscrivere l'uso del catgut ed a commendare quello esclusivo della seta per la sintesi della ferita uterina, il Sänger fu indotto, oltre che dai risultati della propria esperienza, ancora da quelli molto importanti pubblicati al riguardo dal Kocher di Berna. (Eine einfache Methode zur Erzielung sicherer Asepsis. — Correspondenz — Blatt für Schweizer Aerzte, XVIII. 1. 1888). — Il Kocher, avvegnachè fosse stato per lo passato caldo propugnatore dell'uso del catgut, anzi autore di uno speciale processo per la preparazione del medesimo (del juniperus-catgut), in seguito alla triste esperienza riportata dall'uso di questo materiale in vario modo preparato, fu costretto ad esclamare Fort mit dem catgut! (Bando al catgut!). Questa esperienza consistè nei fatti seguenti: Su 31 operazioni fatte nel semestre di estate del 1887, in 22 l'A. ebbe a notare un'infezione delle ferite a decorso così tipico che dovette ascriverla ad una causa comune, all'uso, cioè, del catgut. Le ferite aderirono per regola con sottile cicatrice: ne' primi giorni parve tutto procedere per bene, allorquando subentrò la febbre e nel campo delle già aderite ferite si formarono dei grossi ascessi con regolare suppurazione, sviluppo

Döderlein comunicò che la sua operata di taglio cesareo (22 Agosto 1887) nel Luglio p. p., cioè *10 mesi e più* dopo l'operazione, si presentò di nuovo nella clinica (di Lipsia) con una *fistola nella cicatrice ventrale*,

successivo di gas e raccolta di secreto fetido In due de' suddetti casi la infezione settica produsse la morte. I risultati cangiarono nel semestre appresso dopo l'uso esclusivo della seta. Le ferite guarirono per prima intenzione anche nei càsi di estese perdite di sostanza, e dopo la rimozione delle suture la guarigione si conservò affatto inalterata. L'Autore confessava di non essere riuscito a preparare il catgut in una maniera soddisfacente, stante che questo materiale per la sua cattiva provenienza non si lascia disinfettare completamente, anco adoperando i più potenti antisettici. Col catgut perciò viene prodotta un'infezione dalle ferite per trasporto di materiale settico, la quale è tra le forme d'infezione la piú pericolosa, perchè può manifestarsi solamente dopo alcuni giorni sotto l'apparenza di un decorso favorevole, generando le più grandi difficoltà per la disinfezione consecutiva. Affatto diversamente corre la bisogna per riguardo alla seta, come quella che, non essendo impregnata di sostanze settiche allo stato bruto, si lascia disinfettare in modo sicuro. —

A favore dell'impiego esclusivo della seta per la sutura dell'utero si era già antecedentemente pronunziato un buon numero di operatori. Il Kehrer l'aveva usata in tutti i suoi casi, raccomandando (Zur Kaiserschnittfrage. — Arch. f. Gynäk., Bd. XXVII, Hft. 2) quella al sublimato; l'Ehrendorfer aveva detto in proposito (Zur Casuistik der Kaiserschnitt-Operationen. — Arch. f. Gynäk., Bd. XX. Hft. 1.) non esservi nessuna ragione perchè la seta fenicata, usata con successo nelle ovariotomie, laparoisterotomie, estirpazioni di utero ecc. non dovesse essere preferita ad ogni altro materiale per la sutura della matrice, e di fatto si era servito di quella fenicata alla Czerny nel caso occorsogli il 29 Settembre 1884; lo Skutsch aveala del pari commendata e il Morisani se n'era servito a preferenza di ogni altro materiale nella sua operazione in data del 2 Luglio 1886. Inoltre abbiamo visto il Fehling al Congresso di Monaco preconizzarla come il materiale di sutura dell'avvenire ed il Freudenberg nel lavoro esaminato volerla sostituita al catgut. L'Hegar aveva adoperata quella al jodoformio in tutti i suoi casi (Centralbl. f. Gynäk., 1887, Nr. 39), e il Lusk quella fenicata. In favore dell'uso della seta erasi schierato anche il Fritsch nella sua Klinik der Geburtshülflichen Operationen (4ª Edizione, 1888, p, 275), esprimendosi nel modo seguente: « Per la sutura dell'utero può usarsi la seta. Il materiale di sutura uterina « varia a seconda de' diversi operatori. La seta è fuori d'ogni dubbio quello in cui si « ripone dai più la maggior fiducia; e poichè nell'operazione cesarea deve essere ese- « guito tutto con celerità e sicurezza, e siccome anche con l' impiego della seta si « sono ottenuti buoni risultati, cosi qui in ogni caso contro l'uso della seta v'è tanto « poco da dire, quanto in altre operazioni ginecologiche. » Il Garrigues del pari nella sua ultima pubblicazione sull'argomento (The improved caesarean section, with the report of a successful case. — Am. Journ of Med. Sc., Phila., 1888, p. 439-56, e The Intern. Journ. of the Med. Sc. Maggio 1888, p. 448) aveala dichiarata preferibile a qualunque altro materiale per lo scopo in discorso. Degno di considerazione a questo riguardo è il fatto che il Korn, il quale in tre operazioni antecedenti praticate alla Clinica di Dresda aveva adoperato il catgut all'acido cromico per la sutura dell'utero, e che era stato uno dei più caldi fautori di questo materiale di sutura uterina, l'abbandonava nella sua ultima operazione del 25 Giugno 1888 (comunicazione epistolare) per servirsi egualmente della seta. Ci dispensiamo dal far menzione de' molti altri operatori che avevano raccomandato ed adoperato il detto materiale di sutura allo stesso effetto.

da cui venne poscia espulsa una sutura di catgut che era servito per la sintesi dell'utero (tuttora aderente alla parte addominale), dopo di che la fistola guarì in pochi giorni. Disse che lo Zweifel si era ritratto perfettamente dall'uso del catgut preparato all'acido cromico. Secondo il Döderlein questo materiale di sutura non presenterebbe soltanto lo svantaggio di non riassorbirsi, ma ancora l'altro di favorire la formazione di granulazioni. E nel fatto, in seguito a totali estirpazioni di utero *per vaginam* egli vide formarsi per l'ordinario delle granulazioni nei dintorni delle legature al catgut del legamento largo. Parimenti in un caso di colporafia anteriore trovò 6 settimane dopo l'operazione le suture al catgut circondate da granulazioni affatto conservate. Al catgut all'acido cromico sarebbe lecito di sostituire quello all'olio di ginepro conservato in alcool assoluto.

L'altro punto della tecnica intorno a cui si agitò la discussione fu quello della sutura siero-sierosa. Il Sänger propugnò ancora una volta il principio dell'affrontamento di sierosa contro sierosa in superficie. Egli disse non aver mai revocato in dubbio che la ferita cesarea possa guarire colla semplice riunione lineare del peritoneo; ma un affrontamento anche leggiero delle lamine sierose in superficie essere efficace a stabilire una chiusura della ferita uterina verso la cavità addominale molto più perfetta che non faccia una sutura lineare, tra i cui interstizi la ferita può rendersi beante e facilmente emettere del secreto. Non sapersi dar ragione del perchè l'affrontamento delle superficie sierose che viene usato e reputato valevole nella sutura di tutti gli organi rivestiti da peritoneo venga proprio nella sutura della matrice fatto segno a rimproveri, mentre non il più piccolo svantaggio può essergli messo a carico, massime avuto riguardo al modo semplice con cui oggi suole praticarsi (analo-

gamente alla sutura intestinale del Lembert, senza scollamento della sierosa e resezione della muscolare). In tutti i casi in cui fu praticato, fu rinvenuta la ferita uterina all'autopsia adesa e sempre a partire dalla sierosa a finire alla decidua. La cicatrice della sierosa essere sempre a guarigione completa lineare, ma divenirlo in modo più sicuro e perfetto, cioè senza fessure, coll'affrontamento delle superficie sierose, anzi che con la loro semplice riunione lineare. Il Sänger passando poi a confutare gli argomenti addotti da J. Veit contro la sutura di sierosa contro sierosa in superficie (quest'Autore, come è stato detto, aveva messo a profitto il reperto microscopico dell'utero studiato dallo Zweifel appartenente alla 2ª operazione cesarea praticata dal Weber e l'altro di un peduncolo di una miomotomia da lui fatta per dimostrare l'inutilità della sutura predetta) narrò di essersi trovato presente all'operazione del Weber e di aver notato che non tutte le suture siero-sierose furono apposte secondo la maniera di sutura intestinale del Lembert, cosa di cui in seguito lo aveva assicurato lo stesso Weber. Più tardi egli vide il preparato macroscopico ed ebbe a convincersi della completa adesione della ferita, specie dal lato della sierosa. Una singola sezione microscopica rispetto ad una linea di sutura dell'estensione per lo meno di 10 ctm. non avere importanza di sorta. Per rimuovere il dubbio che non venne esaminato per caso un punto della ferita alquanto beante accidentalmente, sarebbe stato indispensabile di praticare una serie successiva di sezioni su tutta la lunghezza della cicatrice. Pur ammesso che le superficie sierose nel citato preparato microscopico furono trovate alquanto beanti, non doversi perdere di vista il fatto che il detto preparato venne sottoposto all'ingrandimento di ca. 145 diametri (Zeiss, obb. C. ed ocul. 2) e che l'essudato plastico giacente fra le superficie sierose andò perduto nelle mol-

teplici manovre della preparazione. Al disegno dato dallo Zweifel il Sänger contrappose quello fornito dal Fleischmann (operazione cesarea fatta da Breisky il 7 Marzo 1886; Zeitschr. für Heilk., Bd. VII. S. 323. 44), in cui si nota la quasi completa aderenza delle lamine sierose introflesse. Il reperto del caso di miomotomia messo innanzi dal Veit per provare la inutilità della sutura simperitoneale non avere quella importanza che il suddetto Autore volle dargli, non essendo lecito di generalizzare ad un utero puerperale operato di taglio cesareo i risultati dei processi di cicatrizzazione osservati in un utero da cui si sia asportato un mioma. Al pari del Cohn, fece anche egli allusione al lavoro del Graser, pel quale non pure rimase provata la possibilità dell'aderenza delle lamine sierose affrontate in superficie, ma vennero additati i vari modi co' quali la medesima si verifica. Il Sänger conchiuse dicendo rimanere nello stato presente della quistione affatto invariato il valore della sutura simperitoneale e non doversene abbandonare la pratica nella sintesi della ferita cesarea fino a che da prove irrefragabili non venga dimostrata di niuna utilità.

Ci dispensiamo di riferire quanto disse a proposito della suddetta quistione lo Zweifel, per avere questi su per giù ripetuti gli stessi argomenti contenuti nella sua pubblicazione da noi innanzi esaminata.

Abbiamo così esaurita questa nostra rassegna di tutto quanto il materiale degno di menzione di cui si è andato mano mano arricchendo la letteratura della tecnica operatoria del taglio cesareo conservatore con sutura dell'utero

dal 1882 al 1888. Di alcune altre poche contribuzioni all'argomento suddetto di cui non abbiamo fatto cenno di sorta e che pure per qualche riguardo meritano di essere riscontrate daremo l' elenco bibliografico in fine di questo studio.

QUARTA RIUNIONE ANNUALE

DELLA

SOCIETÀ ITALIANA DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

TENUTA IN NAPOLI DAL 3 ALL'8 SETTEMBRE 1888

RENDICONTO DELLE SEDUTE

REDATTO

dal Segretario Dott. VINCENZO LAURO

Professore Pareggiato di Ostetricia e Clinica Ostetrica nella R. Università di Napoli.

Seduta antimeridiana del giorno 3 Settembre

Alle ore 11 a. m., come era stato convenuto, il Presidente Prof. MORISANI dichiara aperto il IV° Congresso della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia.

Pur dolendosi dello scarso numero dei Socii venuti, dà loro il ben arrivato, intendendo anche d'estendere il suo saluto a quelli che, per condizioni speciali, non poterono ancora giungere. Ricorda la conclusione della sua lezione inaugurale al corso ufficiale universitario, con cui augurandosi che tutti i Direttori di Clinica concorressero al medesimo scopo, avrebbe potuto proclamarsi così la Ostetricia Italiana, la quale poteva essere alla pari delle altre scuole, non mancando presso noi la produzione scientifica, ma lo affratellamento.

Così ciascuno dei nomi più importanti della Scuola Italiana si fe' centro d'un nucleo di giovani volentierosi, e costituendosi in Società, fu fondata la Scuola Ostetrica Italiana, la quale ebbe pure un giornale per portare oltremonti ed oltremare la mèsse dei lavori nostri, e far nota una Ostetricia, che molto produceva, ma era poco o nulla conosciuta. E la nostra scuola fu ben ricevuta ed anco applaudita all'estero.

Ma certe nubi comparse e non a tempo dissipate, certe angolosità non bene arrotondate, produssero raffreddamento fra i suoi membri più influenti, ed alquanto screzio oggi ha invasa la nostra Società, facendo voti che giorni migliori sorgano per la stessa.

Ricorda che l'Associazione medesima, oltre lo scopo di discutere i temi altamente scientifici e più difficili della nostra scienza, ha anche quello di affratellarci e renderci scambievolmente benevoli.

Invita infine la Società a fare un voto di ringraziamento al Signor Rettore della Università, presente alla inaugurazione, per la gentile accoglienza fatta ai membri del Congresso, proposta che è accettata unanimamente.

Il Presidente dopo ciò legge alcune lettere di Socii che si scusano di non poter intervenire alle tornate della Società come del Dott. Bar di Parigi, del Prof. Madruzza, dei Dottori Fasola, Piccinini, Frascani ed altri.

Comunica ai Socii le facilitazioni ottenute per visitare i Musei della Città, e la seduta è rimandata alle 3 pomeridiane.

Seduta pomeridiana del 3 Settembre.

Alle ore 3 il Presidente dichiara aperta la seduta comunicando un telegramma del Prof. Porro, con cui fa noto che essendo impedito di intervenire al Congresso, manda i suoi saluti ed augurii alla Società, indi passa

a svolgere la sua comunicazione: *Sempre della sinfisiotomia — due nuovi casi con commenti.*

Fa la storia delle due donne operate, e riferisce come la prima di esse arrivò nella sua clinica in travaglio da molte ore, con braccio procidente e con diversi tentativi già fatti a domicilio per l'estrazione, mentre che l'altra era ricoverata in gravidanza da tempo, allorchè si eseguì l'atto operativo; nella prima la C. V. fu valutata a 75 mm., nella seconda da 72 a 73 mm. Nell'operare la seconda si spezzò la falcetta proprio nell'atto di aprire la sinfisi, onde fu necessità proseguire l'operazione con un bisturì bottonato. Nella prima si medicò la ferita per seconda cura, nell'altra *per primam:* in questa il puerperio fu fisiologico: nella prima tumultuoso per parametrite: ambedue le donne guarirono.

Dichiarando la sinfisiotomia operazione tutta della Scuola Napoletana, accenna alla ritrosia che si ha nelle altre parti d'Italia di ricorrere ad essa. Ricorda però come fu per opera della sua nota, non potuta leggere al Congresso di Londra nel 1882 e pubblicata nel giornale di Ostetricia Italiana, con un cappello poco piacevole pel Barnes, fu, come dicevo, per opera di questa nota che la operazione arrivò fino all'Harris di Filadelfia, il quale indirizzossi con numerose lettere a lui medesimo per avere schiarimenti, onde accreditarla nel nuovo mondo.

Accenna i miglioramenti delle operazioni fino a poco tempo fa ottenuti ma non accetta come l'Harris, che ciò sia dovuto al miglioramento della tecnica ed alla introduzione dell'antisepsi, egli crede che bisogna frugare nella vecchia statistica per trovare le ragioni della grande mortalità in quella contenuta. Degli 80 casi contenuti in essa, se si fa lo scevero e la si depura di quelli in cui l'insuccesso è dovuto ad errore piuttosto che all'operazione per sè, si ha a notare come la mortalità è eguale e forse anche inferiore

alle attuali statistiche. Enumera le condizioni che fecero seguire da insuccesso l'atto operativo, e nota come tutta questa mortalità non è attribuibile alla sinfisiotomia, ma a pratiche mal' adattate.

La seconda statistica comprende 50 casi, infine la terza comprende quelli sino al Maggio 1886.

Dichiarando formalmente di aver per le persone la stima maggiore possibile, egli fa, specie a questa terza statistica, degli appunti ed osservazioni.

1°. Egli vorrebbe cioè che rimanga ben stabilito il limite inferiore della operazione, appoggiandosi ai calcoli numerici, alla meccanica ed alle condizioni altresì inerenti alla testa del feto e suo modo di presentazione, vuole che questo limite sia rappresentato da 67 mm. di *spazio utile*, convenendo che operando in limite inferiore si può estrarre il feto, ma si caccia un cadavere. Questa è l'indicazione tipica, non volendo tener conto delle eccezioni.

Non si occupa del limite superiore pel quale vuol essere molto largo, ma ripete che non si oltrepassa impunemente la cifra limite inferiore.

2°. Ricorda che fino dal 1863 egli enunciò e sostenne che nei casi di spazio utile superiore a 75 mm. si tentasse, una prudente e discreta applicazione del forcipe pria di ricorrere alla sinfisiotomia, pratica che non fu da tutti accettata. Accenna alle ragioni con cui la giustificava, fondandosi specialmente sulla mancanza della fetometria induttiva e sulla possibilità di parti spontanei anche a 75 od 80 mm. di C. V. E ciò l'oratore dice per giustificare l'applicazione del forcipe praticata in una delle due donne da lui operate, e giudica che un tal modo di procedere non può che riscuotere il plauso di tutti, meritando per contro il biasimo generale il ripetere le applicazioni dello istrumento o le potenti trazioni praticate sullo stesso.

3°. Dichiarando la sinfisiotomia, indicata nell'inte-

resse del feto e della donna, ritiene non solo cattiva operazione, ma altresì cattiva azione quella praticata a feto morto, dimostrando innocua la craniotomia per la donna, mentre che la sinfisiotomia offre una certa mortalità.

Fa la critica del modo come talune volte si operò, e dimostrando un errore il dire d'essere ricorsi alla sinfisiotomia quando altri mezzi eransi mostrati insufficienti, indica il vasto arsenale embrioclastico capace di superare gli ostacoli, ritenendo sempre in dette condizioni la operazione assai malamente indicata. Valga lo stesso allorchè la vita del feto è compromessa od il feto è prematuro.

4°. Occupandosi delle condizioni in cui la sinfisiotomia fu operata e tenendo presente gli splendidi risultamenti dalla antisepsi offerti, ei ritiene che le statistiche sono a rifare, poichè il risultamento di tale modo di operare non potrà che migliorarle. Dallo esposto fin qui egli posa le seguenti conclusioni:

1°. Che la operazione abbia per suo limite inferiore 67 mm. di spazio utile, quantunque in questa estensione non sia assolutamente innocua.

2°. L'operazione va preceduta da prudente applicazione del forcipe da 75 mm. in sopra, la quale se non riesca nello intento dee non ripetersi od insistervi.

3°. A feto morto o compromesso nella sua vitalità, la sinfisiotomia è una cattiva operazione.

4°. Le statistiche sono a rifare, facendo molto sperare gli attuali miglioramenti dell'antisepsi.

Ceduta la Presidenza al Dott. Cosentini il Prof. Morisani dà facoltà anche ai non Socii di pigliare parte alla discussione.

Il Prof. Scibelli fa notare, che gli insuccessi della sinfisiotomia sono dovuti molte volte alla sconoscenza della perfetta forma del bacino viziato, onde in certi casi, an-

che con C. V. superiore agli 80 mm., la operazione non può dare buon risultato. Vorrebbe perciò con pezzi anatomici alla mano dimostrare il suo assunto, per far notare che la operazione non è indicata in tutti i casi di pelvica viziatura.

Il Prof. Morisani fa riflettere, che questo potrebbe essere un buon tema per altra comunicazione, ma che non può far parte della discussione sulle sue conclusioni avendo fissato come estremo inferiore 67 mm. riportandosi alla forma di bacini più frequentemente riscontrabili in pratica, cioè ai bacini rachitici.

Il Dott. Cosentini vuol esser grato al Prof. Morisani perchè da molti anni si occupa a volgarizzare l'operazione della sinfisiotomia, ed egli vede male l'avversione che si ha per la operazione, rendendo i più amici della craniotomia. Se fossero da tutti ben ponderati i vantaggi che da essa si possono ricavare, si avrebbe risparmio di molte vite di feti.

Il Dott. D'Erchia assicura che egli già da molti anni aveva praticata la cura della ferita della sinfisiotomia per prima intenzione, e che altresì molti anni fa aveva fatto precedere all'operazione della sinfisiotomia l'applicazione del forcipe, il quale fallito, con l'istrumento ancora in sito aveva aperta la sinfisi. Inoltre tiene a dire che all'Ospedale degli Incurabili fu sempre praticata la cefalotripsia sui feti morti.

Il Prof. Morisani non pretende d'essere stato il primo a medicare per prima cura la ferita, nè vuole la priorità sul d'Erchia: ritiene però che essa fu molto raramente tentata, e che molte volte non poteva addirittura esserlo per condizioni speciali. In quanto poi ai casi operati agli Incurabili, non vuole che si facciano nomi, volendo per contro che la Società si pronunzii sulle conclusioni che ha presentate.

Il Dott. Carlo Scibelli, dilucidando meglio ancora

quello che disse il Padre suo, osserva che non bisogna tener soltanto conto del vizio pelvico, ma altresì della forma dei bacini viziati; ed accennando ai bacini piatti rachitici in cui una lordosi lombare produce una specie di varietà di *pelvis obtecta*, vorrebbe si tenesse conto dello abbreviamento che questa lordosi induce nella valutazione della C. V. — Conferma quello che disse il Prof. Morisani rispetto all'applicazione del forcipe, anzi vorrebbe che questo in ogni caso venisse adoperato ed anco ripetutamente, essendo a lui occorso che una prima applicazione da altri tentata era rimasta infruttuosa, mentre che egli con tal mezzo riuscì a liberare la donna.

D'Erchia dice che il precetto di non operare la sinfisiotomia a feto morto è precetto antico.

Il Prof. Morisani risponde al D'Erchia che è bene ritornare su certi precetti fondamentali, poichè non ostante la formale conclusione, ancora si trova chi opera a feto morto. Fa riflettere poi al Dott. Scibelli che le varietà dei bacini viziati son troppo numerose per potersi guardare individualmente; bisogna però considerare che la sinfisiotomia fa scomparire la C. V. e fa acquistare maggiore estensione a tutta la capacità pelvica. Conviene che la lordosi lombare può offrire la indicazione della sinfisiotomia, anzi al proposito ricordando gli studii del Dott. Lauro sulla cifosi, trova ben indicata la operazione anche in questo speciale vizio del bacino.

Il Dott. Mancusi nota la grande mortalità che si verificò nella 1ª e 2ª statistica del Prof. Morisani così per le donne come pei feti, e ciò egli attribuisce al modo di praticare la operazione. Mette innanzi la tecnica operativa, e vede che essa come oggi è praticata da uno scollamento innanzi ed uno indietro della sinfisi stessa, nei quali si raccoglie molto sangue, che facilmente corrompendosi può esser causa di processi infettivi, e ciò tanto più, che il versamento sanguigno è grande pel forte sviluppo vasale sotto

l'influenza della gestazione. Ritiene che lo scollamento anteriore della sinfisi cicatrizza, ma il posteriore no; lo che spiega il gran numero delle donne morte per metro-peritonite, dato anche la posizione speciale della donna operata. Lamenta altresì gli inconvenienti che si possono verificare per le lesioni delle sinfisi sacro iliache, onde egli vorrebbe migliorato il metodo operativo; e ritenendo col Prof. Morisani assai grave pel feto il parto prematuro, consiglierebbe sempre ad una donna viziata di bacino, la sinfisiotomia a termine. Vorrebbe altresì operata la sinfisiotomia nella presentazione della faccia col mento rotato indietro.

Il Prof Morisani osserva che il Dott. Mancusi, non si è tenuto nei limiti della discussione facendo piuttosto una comunicazione. Non conviene col medesimo circa il rimanere dello scollamento posteriore della sinfisi, perchè la vescica lo spinge innanzi: ma dato pure che resti, se esso è asettico non sono a temersi i pericoli cui accennava. Ritiene inoltre che il metodo operativo del Galbiati è il più facile ed il più sicuro, dimostrando colla sua clinica che il più ordinario inconveniente col taglio d'avanti indietro è la lesione della vescica: anzi egli una volta ebbe a curare una fistola uretrale in seguito a sinfisiotomia operata da altri, onde è da ritenersi la operazione praticata colla falcetta come la più perfetta, la più spiccia e la più sicura, ma darebbe sempre il benvenuto ad altro metodo operativo migliore di questo.

Il Dott. Mancusi fa un paragone fra la sinfisiotomia e la cistotomia alta, scorgendo che non ostante la gravezza maggiore di questa dà migliori risultamenti, e ciò egli attribuisce al metodo operativo più corretto onde egli presenterà un miglior metodo operatorio anche per la sinfisiotomia.

Il Dott. D'Erchia assicura che fu sempre operatore felice della apertura della sinfisi con un bistorì bottonato.

Il Dott. Meola fa notare che si esce dai limiti della discussione.

Il Dott. Mancusi vuol parlare per ciò che gli riguarda, ma vien richiamato dal Presidente.

Il Dott. Candia dice lo stesso che il Dott. Meola.

Il Dott. Turretta osserva che si discute molto sulla falcetta od altri mezzi chirurgici per aprire la sinfisi, ma guardando le statistiche, ritiene che la sinfisiotomia abbia dato così infelici risultati sol per la mancanza dell'antisepsi, attribuendo tutti i processi peri e parametritici alla mancante o cattiva disinfezione. Ed entrando in terapia dice che invece della fasciatura, se mai fosse necessario si dovesse ricorrere al metodo d'immobilizzazione delle ossa pelviche, si ricorra piuttosto alla sutura della sinfisi con punti metallici. Così si otterrebbe forse una migliore fissazione delle ossa, senza andare incontro agli inconvenienti delle fasciature, specie al trasporto di germi patogeni.

Il Prof. Morisani ritiene una complicanza la sutura metallica, e non vuole si tema tanto dalla fasciatura, essendo già ben disinfettata, ed essendo gli organi esterni della generazione governati asetticamente, non sentendosi altresì il bisogno di ricorrere a mezzi migliori di quelli adoperati fino ad oggi per immobilizzare il bacino.

Il Dott. Turretta dà schiarimenti su quello che disse, e questi sono accettati dal Prof. Morisani.

Il Dott. Mancusi non crede necessario un apparecchio d'immobilizzazione, poichè le ossa tendono a mantenersi ravvicinate, bastando allo scopo una semplice fascia contentiva.

Non essendovi altri che domanda la porola la discussione è chiusa rimanendo accettate le conclusioni del Prof. Morisani.

La seduta è rimandata alle ore 9 ant. del giorno 4.

Alle ore 11 seduta privata per la elezione dei nuovi socii.

Seduta antimeridiana del giorno 4.

Alle ore 9 ½ il Presidente dichiara aperta la seduta. Leggesi il processo verbale delle tornate di ieri, che viene approvato dopo poche osservazioni del Prof. Morisani, il quale indirizza alcune parole d'incoraggiamento al Segretario per l'esattezza con cui i verbali vennero redatti. Si passa indi all'ordine del giorno, dando la parola al Dottor Cosentini per comunicare:

Una pelvi obliquo-ovale con anchilosi ed una piatta non rachitica guardate nella loro etiologia.

Il Dott. Cosentini dopo d'aver presentate alcune figure ricavate dalle pelvi che mostra, ringrazia il Professor Pantaleo per avergli dato l'opportunità di osservare i due casi di cui tratta.

E cominciando dal bacino obliquo-ovale, riferisce le particolarità della donna da cui fu posseduto in vita, intrattenendosi alquanto sulle particolarità del parto e delle manovre operatorie eseguite per deliberarla, riferendo che specialmente nell'eseguirsi il rivolgimento dall'assistente della Clinica di Palermo, dopo due inutili applicazioni del forcipe, avvertì prodursi la rottura del fornice vaginale anteriore.

La donna morì dopo 4 ore e l'autopsia fece precisamente constatare le conseguenze necessarie e letali d'una tale lesione.

Egli però richiamò l'attenzione sua sul bacino che rinvenne assai interessante, ed ora si dichiara fortunato di poter presentare una forma assai rara di pelvica viziatura di cui diffusamente descrive i caratteri, dimostrando aver da fare con una *pelvis equabiliter iuxto minor* o di *Deventer* ed *obliquo-ovalare*, con anchilosi dell'articolazione sacro-iliaca sinistra.

Ritrae l'importanza del pezzo dalla grande rarità di

incontrare simili viziature, essendone registrate soltanto 5 nella storia della scienza di cui dà la enumerazione. Riconoscendo altresì ragione ancora di pregio della pelvi che dimostra, nella causa da cui ritrae la sua origine l'anchilosi dell'articolazione sacro-iliaca, dalla carie vertebrale cioè, di cui si notano le traccie in corrispondenza del promontorio e primi pezzi del sacro.

Accenna agli studii del Naegele, specie quelli del 1839, nel qual tempo non si conoscevano in tutta Europa che 37 pezzi anatomici. Ma se si considera poi che fino al 1861 non se n'erano aggiunti che 15 casi ancora soltanto, bisogna convenire che un tale vizio pelvico è raro assai essendosi certamente dal 1839 richiamata l'attenzione degli ostetrici su questa speciale viziatura.

Ricorda che la carie vertebrale come momento etiologico è stata raramente osservata, e di pelvi obliquo-ovate che riconoscano per causa processi flogogeni, non ne riconosce che due casi soltanto, uno appartenente al Litzmann, l'altro al Ritgen. Anzi nel caso di quest' ultimo l'anchilosi era a sinistra come nell'esemplare da lui mostrato ed erasi avverata al 12° anno d'età.

Ricorda poi che l'essenza del bacino obliquo-ovale secondo gli studii del Naegele si è voluta riconoscere in uno sviluppo difettivo delle ali del sacro; in un uno sviluppo ancora minore dell'ala del sacro corrispondente al lato anchilosato; in una grande rassomiglianza delle dette pelvi fra loro, infine nell'assenza di ogni altra causa di deformazione esterna.

Colle misure alla mano però mostra che nel bacino da lui presentato, il sacro è perfettamente ben sviluppato, dimostrando con ciò che l'anchilosi ebbe luogo a sviluppo completo della donna ed a conforto della sua opinione chiama la storia della paziente, dalla quale chiaro apparisce l'affezione dell'articolazione aver avuto come causa occasionale il continuo trauma per legnate

che il marito giornalmente consegnavale, dal che incentiva allo sviluppo di processi flogistici. È anzi a notare, che alla sezione si rinvenne un ascesso dello psoas-iliaco destro, avente relazione colla carie delle vertebre.

Ritiene l' infiammazione vertebrale primitiva, secondaria quella dell'articolazione, essendo la prima distruttiva, la seconda soltanto di natura adesiva, avendo permesso altresì in primo tempo, nello stadio cioè di rammollimento, un certo scivolamento dell'osso iliaco, il che conforta con alcune misure.

Non si mostra infine assai tenero dell'opinione di Naegele e Fabbri, non ritenendo come questi, che il bacino obliquo-ovale debba essere per forza congenito o svilupparsi nella tenera età.

Onde conclude:

1°. Che in ogni bacino obliquo-ovale, l'anchilosi è quasi sempre acquisita;

2°. Che l'anchilosi è sempre effetto della flogosi;

3°. Che la flogosi può esser causata da carie vertebrale;

4°. Che l'obliquità, il ristringimento e l'appiattimento sono conseguenza di spostamento dell' ileo per ineguale pressione sulle due metà laterali della pelvi.

5°. Che infine il bacino obliquo-ovale si può formare dopo il completo sviluppo.

Passa quindi all'esame della pelvi piatta non rachitica, narrando d'appartener essa ad un colosso di donna V para, che non avrebbe mai fatto sospettare essere affetta da vizio pelvico. Narra minute particolarità della storia della donna e come essa sia morta per processo puerperale; particolarità fra le quali è necessario tener presente massimamente che per 5 anni circa e nella sua età infantile la donna fu paraplegica. Esaminando quindi il modo di azione delle forze trasformatrici del bacino infantile, per

dare spiegazione del grande allungamento del diametro trasversale, difficilmente riscontrabile in casi ordinarii, ne chiama come causa il grande sviluppo delle ali sacrali, le quali agendo come trave han potuto allontanarle; e volendo poi ricercare anche la causa di questo sviluppo eccessivo delle ali del sacro la rinviene nella mancata contropressione femorale.

L'istesso Dott. Cosentini dà quindi lettura della sua comunicazione: *Tre casi di distocia per gravidanza diuturna?*

Svolge ampiamente la letteratura sul riguardo e pigliando atto dei tre casi a lui occorsi di cui riferisce le istorie, ritiene possibile la gravidanza diuturna come causa di distocia, sia per l'eccessivo crescimento del feto, come per la solidità maggiore che acquistano le sue ossa.

Atteso l'ora tarda la discussione su queste comunicazioni è rimandata alla seduta pomeridiana; intanto la Società si riunisce in seduta privata per la elezione dei nuovi socii.

Dietro proposta del Presidente Prof. Morisani ed in seguito a sua relazione, sono nominati socii ordinarii il

Prof. Francesco Frusci — Napoli, Via Carogioiello.
» Raffaele Novi — Napoli, Via Nuova Capodimonte, Palazzo Montone.
» Michele Scibelli — Napoli, Crocelle ai Vergini n. 9.
Dott. Girolamo Piretti — Napoli, Via Cavone n. 60.
» Felice Meola — Napoli, Vico 1° Montesanto n. 22.
» Giovanni Piccoli — Napoli, Salita Stella n. 119.
» Carlo Scibelli — Napoli, Crocelli ai Vergini n. 9.
» Giuseppe Spinelli — Napoli, Corso Vittorio Emanuele n. 211.
» Arnaldo Fani — Firenze, Piazza Pitti n. 14.
» Antonio Ruffo — Aversa.
» Michele Autoriello — Napoli, Vico Nocelle n. 74.
» Francesco Candia — Napoli, Via Roma n. 343 bis.
» Felice Lezza — Napoli, Strada S. Tomaso n. 9.
» Barone Andrea — Napoli, Vico Croce S. Agostino alla Zecca n. 63.

Alle ore 2 e mezzo vien fissata la seduta pomeridiana.

Seduta pomeridiana del giorno 4.
Discussione sulle comunicazioni del Dott. Cosentini.

Il Dott. Lauro, vuol dimandare degli schiarimenti più che fare delle osservazioni. Non vuol discutere sul bacino ovalare convenendo perfettamente sulle spiegazioni date; si ferma però sulla spiega del bacino piatto non rachitico, ricordando come la donna cui quel bacino apparteneva in vita ebbe paralisi degli arti inferiori per cinque o sei anni della sua infanzia.

La spiega del vizio pelvico è riposta dal Dott. Cosentini principalmente nel decubito seduto cui la donna era costretta per la paralisi: nel qual caso il peso del tronco aveva dovuto agire indipendentemente dalla contropressione dei femori.

Or desidera sapere, se senza contropressione femorale il sacro non si debba sempre inzeppare più profondamente che d'ordinario nei bacini rachitici, e per la forte massa muscolare sacro-lombare la lordosi sacro lombare della colonna aumentare? Da ciò sarebbe evidente la produzione di una prominenza maggiore del promontorio nell'area pelvica ed un abbassamento del medesimo più accentuato del normale.

Perchè tali alterazioni non si sono verificate in quel bacino, anzi si verificarono in senso opposto?

Dott. Cosentini. Nei bacini rachitici il peso del tronco agisce direttamente. Nel caso suo però esso ha determinata la sua azione obliquamente per la posizione indecente di decubito. Ma v' è di più: il potente ligamento ileo-sacrale, non fa abbassare il promontorio, fissando che la ragazza non stava seduta, ma strisciava e sfuggiva all'azione del tronco.

Nelle donne rachitiche la concavità sacrale è ordinariamente accentuata, mentre nel suo caso il distretto

superiore, l'escavazione ed il distretto inferiore sono abbreviati nel senso antero-posteriore. In quel bacino la C. V. non è la solita ma s' estende dal punto più sporgente tra la 1ª e 2ª vertebra sacrale alla parte più alta della sinfisi pubica. Non v' è doppio promontorio nel senso vero, ma soltanto un accenno. La curva del sacro manca per la mancata tensione dei ligamenti ileo-sacrali e tubero-sacrali.

Prof. Morisani. A proposito del bacino obliquo ovalare, si ferma sulla prima conclusione del Dott. Cosentini: *l'anchilosi sacro-iliaca é quasi sempre acquisita.*

Il maggior numero dei bacini obliqui ovalari tiene ad una di quelle cause congenite di arresto di sviluppo o mancata ossificazione dei nuclei, notate dal Naegele, il minor numero alla anchilosi. In queste forme di bacino adunque non pare sempre si debba trattare di infiammazione per spiegare l'anchilosi.

Il Fabbri G. B. con tanti altri ha lavorato sull'argomento e riferito, tra gli altri, il caso di retrazione dell'arto inferiore sinistro con appiattimento dell' ileo e sinostosi sacro-iliaca corrispondente, nella vita intra-uterina.

Prima del Fabbri nessuno avea pensato come causa ad una di queste alterazioni congenite. Ma il Fabbri ha fatto esperimenti su d'altri bacini e diversamente dimostrato la patogenesi del bacino obliquo ovalare.

Se, pertanto, l'etiologia può essere varia: imperfezione di sviluppo, mancata ossificazione, cause esteriori, infiammazione come momento etiologico di siffatta deformità pelvica, si può accettare per un numero limitato di bacini obliqui ovalari.

Dott. Cosentini. Il maggior numero di bacini obliqui ovalari fu raccolto dal Naegele, ma questi non sezionò l'anchilosi per vedere se v' era stata infiammazione. Il Luska ha studiato e dimostrato che l'articolazione sacro-iliaca preesiste ai nuclei di ossificazione del sacro. Senza

flogosi non si può distruggere un'articolazione. Probabilmente tali conoscenze sfuggirono al Naegele che nel processo d'atrofia delle ossa trascurò l'infiammazione che n'era la causa, e che può svolgersi tanto nella vita intra che extra-uterina.

Il Fabbri sui bacini infantili ha riprodotto il vizio pelvico obliquo ovalare con compressioni esteriori, con flessioni combinate degli arti inferiori, ma con l'azione meccanica non ha spiegato l'anchilosi, nè ha negata come causa l'infiammazione; per dimostrare la quale gli studi sperimentali di anatomia patologica sono d'accordo. Thomas in 12 sezioni trasversali delle sinfisi sacro-iliache, ha avuto reperti positivi.

Prof. Morisani. Non esclude l'infiammazione come momento etiologico dell'anchilosi, ma gli pare troppo volerla generalizzare a tutti i casi di bacini obliqui ovalari. Per Naegele l'anchilosi era la causa determinante. Agli oppositori che anco a quei tempi ammettevano l'infiammazione egli rispondeva col dimostrare la mancanza assoluta di tessuto cicatriziale e la riduzione atrofica della metà corrispondente del bacino.

Non esclude quindi l'infiammazione e tanto meno la mette in dubbio pel bacino studiato dal Dott. Cosentini, ma gli pare prematuro generalizzare il concetto dell'infiammazione.

Il Dott. Turretta riferisce su di *un caso di ematometra per atresia vaginale.*

Fa la storia di una giovane con atresia vaginale, ematometra ed emato-salpinge. Con numerose considerazioni diagnostiche e terapeutiche, riferisce minutamente del trattamento da lui praticato, dell'esito in guarigione e termina con acconce e minute considerazioni sulle ragioni che in questo caso concorsero a dare il felice risultamento. Ritiene essere queste riposte non solo nella os-

servanza rigorosa dell'antisepsi, ma altresì nello svuotamento *lento* e *progressivo* del liquido raccolto avvenuto per una piccola apertura, ricordando come la scomparsa dei tumori avvenne nel periodo di nove mesi. Infine esamina per quali ragioni egli dovette preferire in questo caso l'apertura ristretta a quella larga consigliata da molti.

Prof. Morisani. Anzi che fare una piccola apertura sul setto vaginale, affidandosi alla uscita dei mestrui pel mantenimento della continuità con l'esterno, avrebbe preferito compiere la dilatazione graduale del setto a mezzo dei dilatatori di Hegar.

Dott. Turretta. Teme delle spugne e dei dilatatori di ogni specie perchè facili veicoli d'infezione. Pel caso suo una fuoriuscita rapida dei mestrui avrebbe potuto determinare la rottura delle trombe, e per le sofferenze calmate dell'inferma non era necessaria. L'osservazione continua dell'inferma l'autorizzava a rimandare una dilatazione maggiore che poi ha praticato. Conviene con l'opinione del Prof. Morisani quando non si può seguire l'ammalata.

Prof. Morisani. Preferisce egli pure il vuotamento graduale e progressivo, ma a cavità già vuota, senza più pericolo di rottura o infezione bisogna conservare ed aumentare la comunicazione fatta per evitare una riproduzione possibile dell'atresia. Quanto ai dilatatori è d'accordo col Turretta per le spugne, il tupelo, la laminaria. I dilatatori di Hegar però, per la loro superficie liscia, possono essere ben puliti e disinfettati. La dilatazione da loro prodotta è superiore a quella di altri mezzi consimili.

Narra la storia d'una giovane ben formata in apparenza, che nei genitali però presentava solo un accenno di divisione fra le grandi labbra poco sviluppate. Assenza di vulva e di vagina. Dolori al basso ventre, *molimena mestrualia*, assenza di mestrui. Al riscontro rettale, l'utero ingrandito, modificato di consistenza, retroverso. Il retto appiattito in senso antero-posteriore da un tumore volumi-

noso, molle, quasi fluttuante in alcuni punti. Un cordone spesso, resistente, cicatriziale quasi, si seguiva col dito senza poterlo limitare superiormente.

Sospetta si tratti di assenza della vagina e che il tumore sia fatto dal cavo uterino disteso dai mestrui. Si pratica la formazione della vagina artificiale. A 5-6 ctm. dall'esterno tra vescica e retto si punge e vuota il tumore. La dilatazione riesce difficilissima. I dilatatori di Hegar risposero benissimo. La giovane è ora completamente guarita.

Dott. Turretta. Riconosce l'importanza del caso per la ristorazione della vagina; ma gli pare più importante il suo pel sangue nelle trombe. Crede che la vagina non era tutta obliterata, ma che la parte superiore almeno faceva parte del tumore sanguigno.

Prof. Morisani. Probabilmente esisteva la volta vaginale. Non crede d'avere presentato un caso di maggiore o eguale importanza, ma semplicemente una nota clinica analoga al soggetto trattato dal Turretta.

Ha la parola il Dott. Candia che comunica

L'amputazione della porzione vaginale dell' utero come cura radicale delle erosioni e della metrite parenchimale cronica.

Le erosioni epiteliali piane sono facilmente curabili con i mezzi ordinarii. Quelle papillari, con neoformazione intensa di glandule nella mucosa cervicale fino al parenchima, hanno come unico mezzo curativo radicale l'amputazione della porzione vaginale del collo dell'utero.

L'amputazione cuneiforme del collo lascia pervio e largo il canale cervicale, asportando soltanto la parte del collo affetta.

Quando si hanno pure lacerazioni del collo si può combinare l'operazione d'Emmet con l'altra di Martin. Narra di un caso trattato con i mezzi ordinarii prima e poi con l'amputazione, ottenendone guarigione.

Nella metrite parenchimale cronica l'amputazione alla Martin è rimedio sovrano. Per essa si ha un'involuzione uterina rapida paragonabile a quella che s'ha nel puerperio.

Per l'amputazione preferisce il processo del taglio e della sutura.

Accenna ad altra amputazione da lui fatta per ipertrofia in utero prolassato, che poi ha ridotto con la colpoperineorafia.

Conclude adunque che l'amputazione della porzione vaginale del collo uterino va praticata:

1°. Per metriti ed erosioni non suscettibili di modificazione con i processi comuni;

2°. Per ridurre l'utero ed il collo ipertrofici alle dimensioni normali;

3°. L'operazione, condotta con l'antisepsi è innocente.

4°. È preferibile seguire il metodo del taglio e della sutura.

Il Dott. Turretta non accetta le conclusioni del Dottor Candia. Accettando pure l'opportunità dell'amputazione nelle metriti parenchimali croniche, fa una riserva per le erosioni per le quali può bastare il raschiamento soltanto. Se si tratta poi di papilloma od epitelioma l'amputazione del collo può essere insufficiente.

Il Dott. Candia non ha inteso parlare di granulomi maligni. Possono le granulazioni divenire maligne. Per le erosioni s'ha la forma piana, la papillare, la follicolare. Egli allude alle forme di erosioni ribelli, che superano la mucosa e vanno fin nel tessuto muscolare. In tali casi s'ha un vero adenoma.

Dott. Cosentini. Vuole sapere le condizioni fisiche dell'organo ammalato.

Dott. Candia. La porzione vaginale è ingrandita, rosso-splendente con superficie vaginale ricoverta da epitelio cilindrico che sostituisce il pavimentoso. Il canale cervicale pieghettato e secernente muco.

Dott. Cosentini. Ha fatto numerosissime amputazioni ed operazioni di ginecologia in una sala di cui è Direttore. Definisce la *colotomia* e la *colorafia*. Secondo lui se si ha l'erosione senza sformamento del collo, l'amputazione non è indicata. S'ha l'erosione per l'ectropion in seguito a lacerazione del collo. La sutura dell'Emmet basta a curare questi casi perchè cessa lo stimolo flogistico e s'ha rimpiccolimento cicatriziale. Nell'ipertrofia preferisce l'ignipuntura alla amputazione. A collo non difformato e con flogosi, sutura all'Emmet, raschiamento, caustici, escissione secondo i casi. Amputare un organo non è cosa da poco.

A cervice difformata, amputazione.

Dott. Candia. Crede di avere accennato alla difformazione del collo e di avere detto che l'escissione sarà maggiore o minore secondo i casi.

Prof. Morisani. Constata la nomenclatura varia per le varie affezioni della cervice uterina. Distingue le affezioni della mucosa da quelle del parenchima del collo; quelle della mucosa dell'orifizio vaginale dell'utero da quelle della mucosa endo cervicale. Per le alterazioni del parenchima cervicale bisogna notare quelle di forma, quelle di volume e quelle di continuità bastando nelle erosioni semplici i mezzi ordinarii.

L'affezione della mucosa cervicale con o senza ipertrofia glandulare è ostinatissima. Dubita dell'efficacia dell'amputazione in questi casi. Essa accorcia il collo e col processo ordinario non asporta tutta la mucosa affetta.

Per l'ectropio preferisce l'operazione d'Emmet.

L'ignipuntura ha risposto bene nella metrite parenchimale; però vi sono casi di metriti parenchimali del collo resistenti a tutti gli altri trattamenti. In questi rari casi non si oppone all'amputazione del collo.

Il Prof. Pasquali può assicurare che l'amputazione secondo Martin ha dati risultati molto buoni, a differenza

dell'ignipuntura che non gli ha mai corrisposto. Potrebbe citare molti casi in cui la fecondità si è facilmente verificata. Il Cosentini ha descritta la colorafia o tracheolorafia, od operazione di Emmet, ed egli ha eseguita tale operazione, ma non se ne può dichiarare contento, avendo dovuto ricorrere all'amputazione. Lo Spencer Wels in una comunicazione orale biasimò l'operazione di Emmet, preferendo l'amputazione o la causticazione. In quanto poi all'amputazione domanda dopo tante operazioni eseguite, quale è stata la condizione genetica delle donne operate dal Cosentini.

Il Dott. Candia vuol limitata l'amputazione ai casi di metrite con ipertrofia del collo, che ha resistito agli altri mezzi.

Il Dott. Cosentini risponde che molte donne restano sterili anche quando siano trattate in qualsivoglia maniera.

Seduta antimeridiana del giorno 5.

Alle ore 9 e mezzo il Presidente dichiara aperta la seduta e legge un telegramma del Prof. Fabbri e la risposta che gli invia.

Letto il processo verbale delle sedute di ieri esso rimane approvato senza osservazioni.

Ha la parola il Dott. Cosentini per comunicare: *Su d' un caso di amputazione sopravaginale dell' utero per mio-fibroma. (Metodo intraperitoneale, guarigione).*

Narra come da circa 3 anni egli si occupi molto di proposito dei fibromi uterini, frequenti in Sicilia presso la classe indigente, mentre che in Inghilterra ed in Germania lo è presso la classe alta.

Parla delle grandi difficoltà, che s' incontrano a decidere certi medici di colà, le ammalate istesse ed i loro parenti ad acconsentire all'atto operativo, onde egli sottopose le ammalate di mio-fibromi uterini ad una cura

speciale, della quale ebbe molto a lodarsi. Essa vien costituita dalla dietetica assolutamente carnea come nel diabete, dalle iniezioni parenchimali di ergotinina, nel tumore e dall'amministrazione per via interna del liquore arsenicale ad alte dosi (15 fino a 20 goccie al giorno). Mediante questa cura egli ha potuto vedere che le condizioni generali delle inferme migliorano molto ed i flussi emorragici diminuiscono, diventando anche regolari per la durata e per la comparsa. E di questa cura le donne si avvantaggiano al segno, che molte dopo un certo tempo sfuggono alla operazione, che primitivamente era perfettamente indicata: anzi egli ricorda un caso in cui dopo 95 punture ipodermiche di ergotinina ciò avvenne precisamente.

Contempla però i casi in cui i disturbi prodotti dal tumore sono grandissimi, specie quelli della vescica e del retto; in questi casi il trattamento non può essere che l'atto operativo.

In queste condizioni appunto trovavasi una donna di cui dopo d'aver raccontata la storia ricorda d'aver ristorate le forze con adatta cura, quando il consulto ospedaliero rifiutò l'operazione, onde la donna dovette uscire dalla sala, per ritornarvi assai più desolata alquanti mesi dopo affetta da gravi disturbi vescicali e rettali a causa di compressioni del tumore. La sonda fe' scovrire allora un tumore sottomucoso, e riconvocato il consulto questi fu favorevole all'intervento operativo. Riferisce i particolari dell'atto operativo, distendendosi specialmente sul trattamento del peduncolo di cui mostra bellissime figure, mostrando altresì figure del tumore, nel cui centro trovansi zone di degenerazione, non mancando di dire che detta operazione fu eseguita nella casa di salute di sua proprietà ove l'antisepsi è scrupolosamente osservata.

Nei primi cinque giorni dall'atto operativo le cose procedettero benissimo, ma dal nono giorno si ebbero fenomeni allarmanti, esplicati poi in un ascesso quasi in

corrispondenza del picciuolo, che fu svuotato dalla via dell'addome con esito di molta marcia, la quale al 40° giorno era ridotta a poche gocce, e la inferma uscì dall'ospedale.

Pria di venire ai lavori della Società rivide la inferma ben portante, ma avente un seno fistoloso in corrispondenza dell'incisione dello ascesso, ed intorno al moncone un essudato in via di involuzione.

Egli eseguì il metodo intraperitoneale perchè fu assai poco praticato nei casi di mio-fibromi, per quanto lo fu larganente allorchè trattavasi di cisti o cistomi ovarici.

Enumera i vantaggi e gli svantaggi che si possono avere col trattamento intra ed estraperitoneale del peduncolo, fermandosi specialmente sulla emorragia, la infezione e la fistola cervico addominale. Onde a lui sembra che un chirurgo il quale si decidesse ad operare per tale affezione uterina, dovrebbe ben vagliare a quale dei due metodi dovrebbe far ricorso, dichiarando difficile la tecnica nel trattamento intraperitoneale.

La questione adunque non sembragli assolutamente risoluta su questo riguardo.

A spiegare l'ascesso del suo caso ricorda come esso siasi prodotto per cangrena dei tessuti strozzati, onde è bene tenere in conto anche il grado di tensione da dare alle ligature.

Con questa egli fece 31 laparotomie con sei decessi, cifra egli dice spaventevole rispetto a quelli che in Germania vogliono il 2 o 3 per 100 di mortalità.

I casi di decesso da lui avuti spiega innanzi tutto collo stato ordinariamente grave delle operande, che si decidono alla operazione sol quando le cure empiriche sono rimaste infruttuose, e poi colle condizioni della località in cui si opera.

Infatti egli operò 20 laparotomie nella sua casa di salute ed ottenne 19 guarigioni, mentre altre volte fu

costretto ad operare in ambienti e condizione in cui l'antisepsi lasciava molto a desiderare. Perdette in vero le sue ammalate una per emorragia di cui non sa incolpare alcuno, ma le altre 5 morirono, 2 per tetano e 3 per setticoemia.

Il Dott. Candia è lieto di poter venire alle medesime conclusioni ricordando un caso da lui operato col metodo Schröder, però la sutura del moncone da lui eseguita fu alquanto diversa da quella fatta dal Cosentini, in quanto che dopo legate le arterie uterine fece la escissione a lembi, cauterizzato il canal cervicale, ne cucì l'orifizio interno con tre punti di sutura, liga ancora una volta le arterie sul moncone e poi pratica la sutura a tre piani come faceva lo Schröder: la donna guarì, ma anche in questo caso fuvvi colo di liquido purulento proveniente da intumescenza sita in corrispondenza del moncone. In altro caso mercè iniezioni di ergotina la donna sfuggì all'operazione.

Il Prof. Pasquali si congratula col Cosentini, e viene a parlare della cura palliativa adoperata dal medesimo, con cui egli stesso ha trattate certe donne; vide in esse quasi sempre diminuire il volume dei tumori ma mai scomparvero. Egli però dimanda come agiscono le punture ipodermiche e la iniezione dell'ergotinina: vorrebbe sapere se è l'azione del medicamento o della puntura stessa che produce la riduzione del tumore. Ricorda che l'Apostoli col suo metodo dell'elettricità ha dato buoni risultati, metodo il quale è poco ben visto in Europa, ma oltremari è entrato pienamente nella pratica. Egli lo ha adoperato parecchie volte ed ha potuto notare che esso non ha azione di sorta sui fibromi sottoperitoneali, ne spiega poca negli intramurali, molta per contro nei sottomucosi. In ogni modo il metodo dell'Apostoli gli ha sempre corrisposto per diminuire o frenare le emorragie: anzi ricorda un caso in cui la donna era ridotta agli estremi e coll'elettricità vide molto mitigate le emorragie e diminuito il tumore.

Trova egli poi l'esistenza dei tumori fibromatosi dell'utero frequenti così nella classe indigente come nei ricchi. Raccomanda di esperimentare il metodo dell'Apostoli, perchè le sue esperienze non gli permettono ancora di addivenire a conclusioni ben fisse.

Il Dott. Cosentini non ha mai praticata la cura dei tumori miomatosi dell'utero colla elettricità, ma conosce che un chirurgo la praticò in due signore per 5 o 6 mesi, a capo dei quali non aveva ricavato alcuna utilità dalla stessa.

Il Prof. Morisani, vorrebbe che fra i mezzi palliativi e prima ancora di passare all'atto operativo si tenessero ben presenti la incisione bilaterale alla Sims e le iniezioni ipodermiche di citrato di ferro ammoniacale. Queste, come egli potè più volte osservare in clinica, ristorano assai bene la donna, specie se in preda di forte anemia, l'altra perchè diminuisce notevolmente le perdite emorragiche. Egli non può asseverantemente precisare con quale meccanismo la incisione bilaterale produca la diminuzione delle perdite, potendo ciò forse dipendere, sia dalla scontinuità d'un certo numero di vasi del parenchima, vuoi forse dal tessuto di cicatrice che si forma in seguito della incisione: certo è che le emorragie diminuiscono ed i flussi mestruali si regolarizzano, e tanto ciò è vero che molte donne si contentano dell'esito senza volere andar poi alla cura radicale della malattia.

Egli ha molto praticato le iniezioni, ma si serve ordinariamente della tintura di segale cornuta, avendo quasi sempre ricavato effetto scarso od addirittura nullo dalla ergotina, forse perchè adulterata dal commercio, ora fa plauso alla ergotinina come il rimedio migliore. Lamenta anche egli, come il Cosentini, le condizioni in cui è costretto ad operare le laparotomie, accennando alle condizioni del suo istituto, ma il suo lungo declamare contro l'inadatta località che occupa finora non approdò a buon porto.

La discussione vien chiusa poichè nessuno più chiede la parola. — La seduta viene tolta e rimandato il seguito dell'ordine del giorno alle 2 pom.

Seduta pomeridiana del giorno 5.

Alle ore due il Presidente dichiara aperta la seduta, e riferisce della sua comunicazione: *Sopra un caso non frequente di gravidanza extrauterina.*

Dichiara relativamente non rara la grvidanza extrauterina, la storia però che egli riferirà sembragli meritar la pena d'esser ricordata, perchè presenta le particolarità d'un caso assai raro a verificarsi. Narra la storia e ne enumera i sintomi per dimostrare come siano tipici della rottura della cisti extrauterina con passaggio del feto nel cavo peritoneale. In seguito cessazione dei moti fetali, poi febbre, brivido, colo di sangue dalle vie naturali, perdita grande di materia puzzolenta dall'ano e presenza d'un piede all'orifizio. In questo stato ricovra nella sua Clinica, ove egli potè con molte precauzioni e delicatamente estrarre un bambino di cinque mesi integro perfettamente, di cui a conforto dell'epoca dichiarata, offre misure e peso.

Estratto il feto si penetra novellamente colla mano nel retto, ma non è dato riscontrare alcuna traccia di placenta fuoriuscendo è vero dall'orifizio qualche frustolo di tessuto in via di disfacimento.

Ampia disinfezione della località e guarigione sollecita della donna.

Particolarità importante in questo caso fu che estratto il feto, si notò mancare assolutamente il cordone ombelicale come fosse stato nettamente reciso e l'ombelico esser costituito da un piccolo forame che mette nella vena ombelicale medesima.

L'importanza del caso che egli riferisce è precisamente nella straodinaria rarità dell'espulsione intiera del feto extrauterino per l'ano poichè nella storia della scienza non se ne conoscono che tre casi soltanto di espulsione spontanea, una dovuta a Pigeolet, una a Burkhardt ed una a Trisak; mentre che ne sono segnate ancora 4 di estrazione, una del Wodbury, una dell'Howeld la terza del Janorin, l'altra infine del König.

È raro anche in un caso di gravidanza extrautérina incontrare la sintrome dei fenomeni e dei sintomi così tipici come in questa osservazione.

Ed a spiegare la assenza del cordone nel feto, ammette come spiegazione più probabile che essendo il feto nel momento della rottura della cisti, caduto nello spazio di Douglas per la retrazione del forame della rottura sul cordone stesso, venne un momento in cui la retrazione cicatriziale del medesimo dovesse recidere il cordone alla sua radice, che certamente doveva corrispondere al forame della rottura medesima.

Presenta e fa osservare alcuni preparati del feto estratto, per dimostrare che non vi fu putrefazione, ma in generale necrosi da coagulazione.

Aperta la discussione sulla comunicazione, piglia la parola il Prof. Pasquali per dimandare che cosa mai avvenne della placenta e del cordone: di più dopo la rottura della saccoccia una certa quantità di sangue dovette cadere nello spazio di Douglas, cioè si dovette formare un ematocele, che ne avvenne? Egli è di credere che la placenta sia stata forse espulsa pria che il feto venisse estratto.

Il Prof. Morisani riferendosi ai particolari della storia mostra come la placenta dovette conservare i suoi normali rapporti fino al 5° mese, epoca della morte del feto, onde egli crede, non avendo potuto nel momento della operazione rintracciarne anco un sospetto, crede

dico che la placenta abbia potuto subire quel raro esito della degenerazione e riassorbimento. In ogni modo ei crede che la placenta non abbia potuto essere espulsa pria del feto.

Il Prof. Pasquali dichiara il fatto interessante e curioso precisamente perchè la placenta potette degenerare e venir riassorbita.

Il Prof. Morisani riferisce che nel momento della partenza della donna dalla Clinica, aveva un piccolo tumore verso l' inguine destro.

Il Dott. Candia, riferisce d' un caso consimile osservato da lui in cui però il feto disfatto venne estratto a pezzi.

Il Prof. Morisani ricorda come la placenta cade in sfacelo allorchè il feto si putrefà e questo è il caso più frequente, ma in ciò appunto sta la rarità del suo caso, nella espulsione integra cioè del feto e nel riassorbimento della placenta.

Il Prof. Pasquali dice di non poter ammettere il riassorbimento della placenta, quantunque rispetti l' opinione del Prof. Morisani, ed al proposito ricorda il fatto d' una signora che cacciò la placenta dopo moltissimo tempo, e ciò fin dal tempo del suo studentato. Ammette che molti credono al riassorbimento della placenta e fra questi uno dei suoi maestri.

Il Prof. Morisani non divide il convincimento del Prof. Pasquali, nè gli sembra strano il caso di riassorbimento della placenta, confortando questo suo dire col riassorbimento dei mio-fibromi uterini in parte escissi.

Nessun altri pigliando la parola si dichiara chiusa la discussione ed è invitato il Dott. Candia per la sua comunicazione: *la cocaina come mezzo anestetico nel raschiamento della cavità uterina.*

(Continua)

OSTETRICIA

Anemia perniciosa progressiva in una donna gravida. — Guarigione mediante l'interruzione artificiale della gravidanza al 7° mese, pel Dottor Marino Giacanelli.

L'anemia perniciosa progrrssiva in questi ultimi anni, ha richiamato sopra di sè la maggiore attenzione. Le belle comunicazione di Biermer, e i lavori di Zenker, Wagner, Gusserow, Immermann, Valsuani, Quincke vi hanno sopratutto contribuito.

La Svizzera è la regione dove l'anemia progressiva si è osservata con particolare frequenza, in specie a Zurigo, e ne' suoi dintorni: così pure in parecchi distretti della Germania del Nord, Berlino, Amburgo, Holstein.

Questa malattia che spesso sopravviene durante la gravidanza di cui, si può dire, è un triste privilegio, forse rappresenta, secondo Quincke, l'aumento eccessivo patologico di uno stato anemico-idrenico da molti autori ritenuto come normale nelle gravide. E Valsuani in una splendida memoria letta nell'Adunanza del 25 Novembre 1869 all'Istituto Lombardo, chiama questa forma morbosa « cachessia puerperale » derivante da « una lenta degradazione degli atti nutritivi, la quale avendo per punto di partenza la discrasia fisiologica dello stato puerperale, compie il proprio ciclo con la metamorfosi adiposa degli apparati più essenziali della vita vegetativa. »

Ho avuto io pure l'occasione di visitare e di curare, pochi mesi fa, una donna gravida affetta da anemia perniciosa progressiva, e, siccome v'è molto disaccordo fra i diversi autori rapporto alla cura da istituirsi, credo non inutile riferirne la storia clinica, e la terapia ostetrica messa da me in opera: se non altro perchè mi pare ingiustificato quello che il Valsuani nella stessa sua memo-

ria scrive, essere cioè impotente l'arte, quando la discrasia è giunta alla steatosi, e al medico non restare che raccogliersi in una filosofica contemplazione della morte. Provocherà, egli soggiunge, il parto prematuro? Davanti alle funeste conseguenze dello sgravio naturale, non si potrebbe esitare a rispondere, di no. E nello interesse del feto? Anche questo quesito trova soluzione nel fatto, che la sua morte precede, in genere da tempo, quella della madre. — Parole ben desolanti davvero!

As. Menichini, d'anni 31, pluripara, delle vicinanze di Montefalco, contadina, ha condotto vita assai strapazzata, e la sua nutrizione è stata qualche volta insufficiente se non per la quantità, almeno per la qualità degli alimenti. Ricorda di avere avuto le prime mestruazioni a 15 anni con molte sofferenze; le susseguenti sono state sempre un po' irregolari per il periodo di ritorno, della durata di 3-4 giorni, qualche volta dolorose. Ha avuto quattro gravidanze: due aborti al 3° e 4° mese, e di cui non sa riferire la causa, due condotte a termine.

Del resto è stata sempre bene: sofferse il morbillo ed il vaiolo nella prima infanzia, ed una lieve febbre tifoidea 5 anni fa.

Io ebbi l'occasione di visitarla per la prima volta verso la metà di Gennajo dell'anno corr., e dell'anamnesi recente mi riferiva che, stando ai dati dell'utima sua mestruazione, contava di esser gravida sulla fine del 7° mese. Mentre nelle altre gravidanze, tranne qualche lieve fonomeno simpatico nei primi quattro mesi, nausea cioè per certi cibi, vomito, non ebbe altro, in quest'ultima però non s'è sentita mai bene: pochissimo appetito, avversione a quasi tutti i cibi, vomito qualche volta quasi ostinato, dolore di testa, molta debolezza. Tali fenomeni riflessi dopo il quarto mese cessarono, tornò l'appetito, ma avvertiva sempre forte debolezza, ed un pallore della cute ognora crescente. Si stancava e sudava facilmente, diventava ansante, e spesso era presa da sensi di svenimento. Ha avuto qualche epistassi, non molto abbondante. Così le forze le son diminuite di giorno in giorno, tanto che è stata costretta a mettersi in letto. Da circa 15 giorni è presa ad intervalli da febbre. Il medico che la curava prima, le aveva somministrato inutilmente qualche decotto di china, e dei preparati ferruginosi: le faceva prendere pure del latte.

Procedendo allo esame obiettivo riscontrai: donna di media statura, di conformazione scheletrica regolare. Il colore della pelle era pallido cereo, le mucose visibili aventi appena una traccia di tinta rosea. Gli arti inferiori si presentavano lievemente

edematosi in corrispondenza dei malleoli; subedematosa la faccia; sviluppato il pannicolo adiposo sottocutaneo. Premendo sui muscoli si suscitava dolore, così pure sullo sterno. — Il polso era molle ed accelerato. Niente di notevole a carico degli organi della respirazione, non così in quelli della circolazione. Infatti le carotidi avevano vive pulsazioni, e ponendovi lo stetoscopio, si udivano rumori sistolici: sul bulbo poi della vena giugulare interna, un rumore venoso. Ascoltando sul cuore, si trovava che il primo tono era sostituito da un rumore sistolico, avvertibile su tutti gli ostii cardiaci. L'aja di vibrazione del cuore, diffondevasi verso destra.

Il *fegato* era di volume normale, la *milza* alquanto ingrandita.

L'*esame oftalmoscopico* faceva rilevare: pallido il fondo dell'occhio: emorragie retiniche raccolte in vicinanza della papilla del nervo ottico, di colorito rosso-bruno. La vista rimaneva inalterata.

Estraendo una piccola quantità di sangue, mercè la puntura di un ago dal polpastrello di un dito, questo aveva un colore molto chiaro, e resisteva alla coagulazione. Alla ricerca microscopica: assai scarsezza dei globuli sanguigni bianchi, delle piastrine del Bizzozero, degli ematoblasti; diminuita in modo considerevole la quantità dei globuli sanguigni rossi, d'aspetto pallido, di irregolare e variabile grossezza, non raggruppati a pile, ma isolati.

Le orine presentavano un colore alquanto oscuro, reazione acida, peso specifico entro limiti normali: contenevano traccie di albume.

Niente di particolare nelle fecci. Dalla *pelvimetria* resultò che la donna aveva il bacino ben conformato, e dall'ispezione, palpazione, misurazione dell'addome, come anche dal riscontro digito vaginale, e dal battito cardiaco fetale, che si trattava di donna gravida circa la fine del 7° mese, gravidanza semplice, endouterina, presentazione cefalica, posizione O I. S. feto vivo.

Tutto questo unitamente allo esame medico, mi fece emettere la diagnosi di *donna gravida*, affetta da *anemia perniciosa progressiva*. E sulla diagnosi di anemia perniciosa progressiva, credo che non vi possa essere stato, dopo quanto rilevai, alcun dubbio. Infatti se si guarda con quali malattie si può confondere l'anemia perniciosa progressiva, si trova dapprima la *clorosi*. Nella nostra donna però l'anemia semplice si poteva escludere dal fatto che questa mentre è accessibile alla cura dei ferruginosi, ciò non

lo fu nella nostra donna; che mentre nell'anemia semplice, non vi sono stati febbrili di lunga durata, e mancano emorragie retiniche, queste si riscontrarono nella nostra gravida. — Ma poteva trattarsi invece di *albuminuria?* Neppure, giacchè l'esame delle orine non hanno dimostrato che piccole traccie di siero-albumina, e mancanza assoluta di cilindri renali. — Nè c'era ragione di pensare alla così detta *clorosi tropica*, all'*anemia dei lavoranti del tunnel*, perchè nelle fecci non si son trovate uova, nè parassiti (*anchylostomum duodenale*). — Qualche volta l'anemia perniciosa progressiva può essere confusa con l'anemia derivante dal *cancro latente*, ma l'età della donna, e l'esame generale rischiarava la diagnosi, come pure coi gravi stati anemici secondarii all'*atrofia delle glandule gastriche*, ma questa è malattia assai rara, e, come dice E. Eichhorst, di dubbia natura.

Quale adunque, posta la nostra diagnosi, il compito dell'ostetrico di fronte ad una simile malata? — Ritornare alla cura tonico-ricostituente, mercè la somministrazione di latte, di decotti di china, dei ferruginosi, del fosforo, e specialmente dell'arsenico, io la credeva cosa inutile, tanto più che l'aveva prima esperimentata senza profitto, anzi aveva peggiorato di giorno in giorno; ed ancora perchè è oramai nota la inutilità di tali mezzi nell'anemia perniciosa progressiva. Dunque rassergnasi, come vuole il Valsuani, in una filosofica contemplazione della morte? No, certo. M'era noto che il Gusserow (Arch. f. Ginäkologie Bd. II 1871) ha proposto di *interrompere artificialmente e al più presto possibile la gravidanza nei casi di anemia perniciosa*, e, sebbene l'Immermann, dubiti molto del successo, m'incoraggiava d'altra parte a ricorrere ad un tal mezzo, l'esempio del mio illustre maestro Prof. Domenico Chiara, il quale in una nota apposta al classico trattato di *Cazeaux* e *Tarnier*, riportando un caso clinico guarito coll'interruzione artificiale della gravidanza, si esprime così: « è certo che se noi aspettiamo a interrompere la gestazione quando la forma è pienamente costituita quale la descrive Immermann, o quando, giunta la gravidanza oltre il 7° mese, precede di poco l'epoca ordinaria nella quale avviene lo sgravio di un feto morto, indizio che la cachessia va principiando, gli è certo che in questi casi non giungeremo a far tacere il morbo. Me se l'intervento è più sollecito, se la interruzione della gravidanza è fatta nel primo esordire del male, non veggo che oppugni alla ragione il supposto doversi allora ginngere in tempo. Adottando questa condotta si corre il pericolo, è vero, di con-

fondere l'anemia semplice con la progressiva, e interrompere col sacrificio del feto una gravidanza che poteva toccare felicemente il termine naturale; e d'altro lato si apre l'adito al dubbio che, in quel dato caso appunto perchè si avrà ottenuto felice successo, la operazione non era indicata. Ma questo dubbio è quasi generale nella terapia medica, posciachè il confronto non è mai possibile; e perciò che è della possibilità di sacrificare inutilmente un feto parci non debba essere un gran male visto che generalmente si tratta di pluripare, e che la probabilità contraria, quello di salvare una donna, è il miglior correttivo possibile. Insomma concludo, da parte mia.... che non potrei rifiutarmi a provocare il parto quando una sintomatologia sufficientemente spiccata giustificasse la diagnosi d'incoata anemia perniciosa. »

Pertanto proposi alla mia gravida, l'interruzione artificiale della gravidanza, che io misi in opera il giorno dopo mediante la perforazione delle membrane. Il parto si espletò con molta lentezza, e malgrado due injezioni ipodermiche di etere, la donna prostrata molto di forze, aveva contrazioni uterine assai deboli, tanto che io fui costretto a terminare il parto col forcipe. Il feto venne fuori vivo, e morì dopo dieci giorni di vita extrauterina. — La madre durante il suo puerperio, se si eccettui un elevazione termica di 39° al 2° e 3° giorno dopo l'operazione, elevazione che cedette colla somministrazione di qualche grammo di solfofenato di chinina, e injezioni vaginali con acqua al sublimato corrosivo ($^1/_2$ per 1000), non presentò alcun accidente degno di nota. Potei così intraprendere la cura tonico ricostituente, servendomi sopra tutto di *iniezioni ipodermiche di citrato di ferro ammoniacale.* Il quale unitamente a decozioni di china per via interna, ed a un buon vitto nutriente non più neutralizzato dalla gravidanza mi corrispose a maraviglia, tanto che la donna dopo circa un mese e mezzo di cura, poteva dirsi perfettamente guarita.

Concludo coll'affermare che il fatto da me riferito è dimostrativo di quanto valga lo svuotamento dell'utero nell'anemia perniciosa progressiva, e ripeto volentieri col mio maestro, che non si debba aspettar troppo nell'intraprendere una tale interruzione. In verità, avviene in questa forma morbosa, quello appunto che si ritrova nell'albuminuria grave delle donne incinte. Ci sono taluni, i quali credono far tacere una così terribile malattia, mediante una cura medica; ma le loro speranze rimangono pur troppo deluse, quando uno o più accessi di eclampsia, vengono ad uccidere la povera gravida. Eppure, se si pensasse a provo-

care il parto tosto che si era fatta la diagnosi di albuminuria grave, quella vittima poteva essere risparmiata! Che importa, dico questo tanto a proposito dell'albuminuria grave, quanto dell'anemia perniciosa progressiva, se l'epoca della gestazione è poco inoltrata, e se il parto innanzi termine è fatto con isvantaggio od anche sacrificio del feto?

Dott. Marino Giacanelli.

AVVISI

Si pregano i Componenti la « Società Italiana d'Ostetricia e Ginecologia » che ancora non hanno pagato la tassa annua di L. otto, a volere al più presto soddisfare al loro impegno, inviando detta somma al Cassiere Dott. *EMILIO FASOLA, Firenze, via degli Alfani, n. 62.*

Napoli, Settembre del 1888.

Il Segretario
Dott. Vincenzo Lauro.

La Libreria Hoepli di Milano, Galleria Decristoforis, acquisterebbe, anche usate purchè complete, le annate 1879, 1880, 1881 del nostro periodico. — *Offrire direttamente.*

PAGARONO LA TASSA DI COOPERAZIONE

i Signori:

Prof. Paolo Negri, Dott. Em. Brners e Prof. Falaschi.

PAGARONO L'ABBUONAMENTO

i Signori:

Dott. M. Misuraca, Dott. Piperno, Dott. Betti, Dott. Perlasca, Loescher di Roma, Dottore Nigrisoli, Società Editrice Libraria Napoletana.

ANNALI DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

SOMMARIO. — Quarta riunione annuale della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia tenuta in Napoli dal 3 all'8 Settembre 1888. — Rendiconto delle sedute redatto dal segretario Dott. VINCENZO LAURO. (*Contin. e fine*) *Pag.* 481. — Di un caso di paresi vasomotoria in donna incinta. Dottore CARLO GIORGIERI. *Pag.* 518. — AVVISO. *Pag.* 528.

QUARTA RIUNIONE ANNUALE

DELLA

SOCIETÀ ITALIANA DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

TENUTA IN NAPOLI DAL 3 ALL'8 SETTEMBRE 1888

OF SURGEONS OF ENGLAND
JAN 89
LIBRARY

RENDICONTO DELLE SEDUTE

REDATTO

dal Segretario Dott. VINCENZO LAURO

Professore Pareggiato di Ostetricia e Clinica Ostetrica nella R. Università di Napoli.

Contin. e fine. V. pag. 446-473 — Settembre del 1888.

Dette le ragioni per le quali egli (Candia) non crede di adoperare il cloroformio nelle piccole operazioni di ginecologia, parla della cocaina come mezzo anestetico locale, adoperata già da molto e da molti per pennellazioni o per iniezioni ipodermiche.

Per il raschiamento della cavità uterina egli ottiene l'anestesia più completa con l'iniezione parenchimale di cocaina nel collo dell'utero. Questo processo, secondo lui, ha dei vantaggi sull'altro prima tenuto e da lui già comunicato al Congresso di Pavia; cioè l'iniezione praticata alla commessura posteriore della vulva o le pennellazioni endo-uterine.

Ad operazione finita, le operate che per lo più hanno scherzato durante questa piccola, quanto innocente manovra, domandano sorprese quando comincerà il dolore, quando l'operazione stessa. Adopera le iniezioni parenchimali di cocaina al 4 per 100.

Come nel decorso anno a Pavia conchiude, raccomandando caldamente il raschiamento come il migliore mezzo di cura radicale ed il più innocente, con le precauzioni antisettiche, nella endometrite cronica emorragica, preferibile a qualunque altra medicatura: ed a conferma riferisce di quattro nuovi casi clinici con esito in guarigione.

Il Dott. Mancusi crede che il Dott. Candia abbia molto generalizzato il raschiamento nell'endometrite emorragica. Egli non pensa sia un atto operatorio del tutto innocente e tanto meno l'unico, l'esclusivo mezzo terapeutico. V'è una scuola di oppositori di vaglia a quella degli entusiasti del raschiamento, e le ragioni da quelli addotte debbono fare un certo peso. Col raschiamento certo non s'arriva ad asportare tutta la mucosa uterina, sia in superficie che in profondità. La trazione in basso dell'utero, innocente per alcuni casi può esser dannosa per altri. L'introduzione del cucchiaio non è sempre possibile senza previa dilatazione, che per sè stessa costituisce altro trauma.

Quanto alla cocaina poi, che egli ha sperimentato parecchie volte, dubita che la sua azione anestetica possa protrarsi al di là dei cinque minuti.

Il Dott. Candia conferma di avere ottenuto anestesia

completa nei casi suoi e di ciò non si può dubitare. Conviene che molti sono poco entusiasti del raschiamento, e che non si può ottenere un raschiamento completo; ed è perciò che egli pratica l'iniezione del *liquor ferri* dopo il raschiamento.

Il Dott. Mancusi non vuol mettere in dubbio i casi riferiti dal Dott. Candia, dichiara però ch'egli sarà sempre cauto nel tirare in basso e raschiare un utero con peri o para-metrite in atto o pregressa. Ricorrerà sempre ai mezzi ordinarii, e con fiducia, nei casi d'endometrite e solo quando quei mezzi riusciranno inutili, praticherà il raschiamento, la cui azione attribuisce alle modificazioni circolatorie indotte con la manovra.

Il Dott. Candia ripete, che non potendo asportare, caustica successivamente. Nei casi di para e perimetrite recenti, evita il raschiamento.

Il Dott. Mancusi dice che se il *liquor ferri* arriva a causticare la mucosa residuale, causticherà pure la mucosa intera, come a tutti sarà avvenuto di potere sperimentare.

Il Dott. Candia osserva che molti rimedii non danno l'effetto desiderato in certe malattie uterine. Queste malattie si curano con risultato dacchè il raschiamento è stato introdotto in Ginecologia.

Il Dott. Cosentini di Palermo, comunica:

Il raschiamento dell'endometrio nei processi puerperali nel parto a termine.

Il raschiamento è elevato a sistema nelle cliniche estere tanto vero che per i resti placentari si fa sempre il raschiamento e poi si procede all'irrigazione endouterina. È questa la pratica che egli d'ordinario ha tenuto e se n'è trovato contentissimo.

Occupandosi dei processi settici puerperali, ha notato che l'irrigazione semplice uterina o la irrigazione continua aveva degli inconvenienti, fra i quali è principale

quello di non potere assicurare una specie di imbibizione locale dei liquidi antisettici. Di più facilmente si ha una raccolta lochiale alterata, quando le irrigazioni si trascurano per uno o due giorni.

Per lo studio propostosi bisognava controllare le esperienze cliniche con il reperto batteriologico. Egli per ciò ha fatto culture in gelatina del materiale estratto, con le note precauzioni, dalla cavità uterina prima di raschiarla largamente; altre culture ha fatte nei giorni successivi prima di ripetere il raschiamento. Simili esperienze sono state praticate in donne affette da endo-metrite settica con pus fetidissimo, putrido. Col primo raschiamanto ordinariamente s'estraeva un materiale, abbondante ed alterato, di prodotti deciduali. Nei raschiamenti successivi quel materiale diminuiva per quantità, ed era modificato qualitativamente. La temperatura diminuiva pari passo e l'involuzione uterina migliorava cogli esiti dei raschiamenti.

Nelle culture successive in gelatina, s'avea a riscontrare un numero progressivamente minore di microrganismi, dalla prima all'ultima. Mentre nelle prima cultura la gelatina fin dai primi giorni era invasa da colonie e tosto fluidificata, nell'ultima la gelatina restava integra quasi per 20-24 giorni.

Spesso il processo settico supera la mucosa ed il parenchima, e ciò specialmente nella peritonite.

Constata la discrepanza dei batteriologi quanto ai microrganismi patogeni della febbre puerperale. Nelle endometriti settiche violenti il raschiamento può essere inutile.

Quando s'ha pure perimetrite si può tentare di spostare l' utero possibilmente, per raschiarlo, altrimenti bisogna astenersene.

Suppone vi debba essere qualcosa di speciale per le diverse forme morbose puerperali. Infatti nelle perimetriti ha trovato gli streptococchi nell'endometrio, nelle parame-

triti, invece, l'ha trovato presso che esente di micrococchi, ciò che fa pensare che la parametrite proviene da infezione vaginale.

Conclude, riferendo la storia di tre casi clinici e raccomandando in tutti i processi settici puerperali il raschiamento e l'irrigazione continua, permanente.

Il Dott. Piccoli dice che mancando i germi patogeni, a giudicare dalle inoculazioni con risultato negativo sui conigli, pensa che l'infezione, nei casi del Dott. Cosentini sia stata prodotta da materiale morto e alterato nella cavità uterina.

Il Dott. Cosentini dice che è dubbio se siasi trovato l'elemento specifico patogeno. Bisogna però sempre curare la forma clinica. Non sa decidere se è il prodotto dei microrganismi che determina la febbre o sono i microrganismi per sè stessi. Dice di avere osservati molti casi di *flegmasia alba dolens,* ed in uno d'avere fatto il raschiamento inutilmente.

Il Dott. Meola dice: Il Dott. Cosentini ha trovato un numero maggiore o minore di microrganismi a norma dell'ordine dei raschiamenti successivi, però ancora non si conosce il microrganismo patogeno della febbre puerperale. Lo streptococco è stato trovato una sola volta.

Altri prima del Cosentini ha fatto simili ricerche e crede che la cura locale sia sempre razionale.

Il Dott. La Torre domanda al Cosentini come pratica l'irrigazione continua ed avutane la spiegazione, aggiunge che l'irrigazione alla Schröoder non è possibile e deve essere stata abbandonata.

Il Cosentini ripete che quando v'è peritonite non pratica il raschiamento, mentre egli crede col Doleris che in quei casi disperati non v'è altro a sperare che nel raschiamento e spazzamento successivo.

Legge quindi il Dott. Piccoli di Napoli la sua comunicazione *su di una anomalia di sviluppo fetale.*

Legge la storia di un parto gemellare a termine. Dei due feti vivi, il secondo era mostruoso nella parte inferiore del tronco, che presenta conservata in alcool. Fa la descrizione minuta dell'anomalia e viene alle seguenti conclusioni:

1°. Il caso è rarissimo, se non unico, e deve intendersi come forma leggiera di mostruosità duplice.

2°. Che la duplicità è manifesta per molte ragioni.

3°. Che tutte le anomalie si spiegano benissimo con arresti di sviluppo consecutivi.

Seduta antimeridiana del giorno 6.

Alle ore 9 e mezzo il Presidente dichiara aperta la seduta.

Letto il processo verbale della tornata d'ieri, esso viene approvato dopo una osservazione del Dott. Candia con cui dichiara, che la legatura preventiva dell'arteria uterina, pria di procedere alla escissione dell'utero, è precisamente la diversità del suo modo di operare, rispetto a quello del Dott. Cosentini il quale fece la legatura in massa: egli ripone la vera causa preventiva dell'emorragia appunto nella legatura previa delle arterie.

Il Dott. La Torre si duole di non essere stato presente alla comunicazione del Cosentini, osserva però che il metodo del Dott. Apostoli, può dare buonissimi risultati, come egli dirà diffusamente in una delle sue comunicazioni, che la cura fatta colle iniezioni di ergotinina non approdò a nulla, onde egli vorrebbe non in ogni caso di mioma uterino far ricorso alla operazione caldeggiata dal medesimo.

Nessun altro chiedendo la parola, si dichiara approvato il verbale e si passa allo svolgimento dell'ordine del giorno.

Ha la parola il Dott. La Torre per comunicare: *Dell' influenza dell'eredità morbosa nello sviluppo del feto.*

Comincia dal dire che questo suo studio completa un altro lavoro da lui già pubblicato. Lo studio che egli presenta dovrebbe costare d'una parte teoretica, o meglio clinica, e di un'altra esperimentale. Si occupa per ora della prima, avendo appena iniziata la seconda, della quale spera intrattenere la futura tornata della Società.

Che lo stato di malattia dei genitori influisca sui discendenti è cosa nota, egli però vuole che si ammetta anche, che lo sviluppo del feto è subordinato, nel maggior numero dei casi, più allo stato sanitario del padre che della madre, ritenendo che sempre e quando il padre è malato, il feto subisce un certo arresto nel suo sviluppo; la qual cosa ei dimostra con numerose osservazioni, specie fatte su donne pluripare, tenendo calcolo del peso dei feti.

Viene poi ad esaminare l'alcoolismo, la tisi e la sifilide, come le principali malattie che influiscono in questo senso.

Partitamente parlando di ciascuna di esse, dichiara come meglio conosciuta quella per alcoolismo: svolge ampiamente la letteratura al riguardo, riferisce tre osservazioni cliniche, venendo alla conclusione che l'alcoolismo del padre, qualunque sia il grado d'intossicazione, arresta lo sviluppo del feto.

Venendo quindi alla tisi pulmonale, dimostra innanzi tutto che la tubercolosi è trasmissibile per eredità, citando all'uopo osservazioni cliniche, esperimenti e modo di vedere di numerosi autori. Ed appoggiandosi a 10 casi di bambini nati da padri tubercolosi, valutando il loro peso,

conclude che la tubercolosi generalizzata del padre, può arrestare lo sviluppo del feto.

Passa quindi alla sifilide, per la quale ei dice non esservi luogo a discussione, essendo tutti d'accordo nello ammettere la trasmissione dal padre o dalla madre ai figli. Qualunque sia adunque la sorgente della sifilide, e tenendo conto di parecchie circostanze che possono influire d'una qualsiasi maniera nel suo potere infettante, essa esercita la sua funesta azione sul prodotto del concepimento. Accenna alle difficoltà perchè i bambini sifilitici vengano all'esterno vivi, e svolgendo ampiamente la letteratura al riguardo e facendosi forte dei nomi più autorevoli, ed osservazioni cliniche, conclude anche su questa parte, che nei rari casi in cui i feti concepiti da padri in piena cachessia sifilitica vengono al mondo a termine, vivi, sani o no, sono estremamente piccoli, arrestando la sifilide quasi completamente il loro sviluppo.

E come conclusione generale del suo studio, ammette che tutte le volte che il padre è malato costituzionalmente, e perciò profondamente denutrito, la sua prole subisce un arresto nello sviluppo organico, qualunque sia lo stato sanitario della madre. Questo arresto di sviluppo si traduce principalmente al momento della nascita per una enorme diminuzione di peso.

Aperta la discussione sulla comunicazione del Dottor La Torre, piglia la parola il Prof. Pasquali, il quale innanzi tutto si congratula col La Torre per la sua accurata ed esatta ricerca, però vuole esprimere la sua opinione su alcune idee. Ammette certamente l'influenza di molte malattie paterne sullo sviluppo dei feti, di cui dà la enumerazione, e dichiarando di non potersi intrattenere sull'alcoolismo cronico, perchè poco frequente dove egli esercita, accenna alla frequenza grande della ubbriachezza degli uomini romani, però sulle donne che partoriscono nella sua clinica, non notò giammai questa forte diminuzione nel peso.

In quanto alla tubercolosi egli molto ha osservato, e confermando in massima quello che dice il Dott. La Torre vuole però si ammetta che qualcuno di questi feti supera la media del peso normale.

In quanto alla sifilide, conviene che molti feti nascono macerati, questi però appartengono a genitori non curati, ma se furono essi sottoposti a cura ben adatta ebbero figli sani od anche sifilitici, ma ben sviluppati. Dichiara l'argomento molto interessante e fa voti perchè vengano continuati questi studii.

Il Dott. La Torre ringrazia, ed accenna d'aver dimostrato altrove che se la madre è tubercolotica grave, il feto muore; ma se non è in istato grave il feto nasce a termine. Pel padre però ha potuto dimostrare, che le volte in cui la gravidanza potè andare a termine, non ostante la malattia interna, nacquero figli piccoli, se il padre era sano i figli vennero grossi. In quanto all'alcoolismo, e per dimostrarne la influenza, accenna alla maggiore frequenza della nascita dei maschi da genitori sani, e la nascita più frequente di femmine da genitore debole. E facendo un parallelo fra il peso dei maschi e quello delle femmine e tenendo in conto la grande frequenza dello accoppiamento dopo elevato il gomito, ritiene che l'alcoolismo debba dare feti piuttosto piccoli.

Il Prof. Morisani accetta pienamente l'influenza dell'alcoolismo cronico, sembragli però difficile spiegare quella dell'alcoolismo transitorio, perciò dichiara piccole le cifre messe innanzi dal Dott. La Torre per spiegare questa influenza, rispetto al gran numero dei bambini procreati nell'ubbriachezza: accenna al gran numero degli ubbriachi nella plebe di qui, ed allo scarso numero degli idioti, ed alla poca frequenza di osservare feti piccoli. A dimostrare l'influenza della sifilide sulle condizioni fetali, ricorda i casi d'infezione riportata in gravidanza dalla donna dopo il 5° mese, in cui a termine si partorisce un

feto sano e perfetto, avendo egli fatte a tal riguardo parecchie osservazioni.

Il Dott. La Torre confessa d'essere stato colpito dalla difficoltà di spiegare l'influenza dell'alcoolismo acuto, e lo credeva il punto vulnerabile della sua tesi: però mentre egli si proponeva d'appianarle, comparve una tesi con cui, esperimentando sui cani, si potè dimostrare l'influenza di questo stato particolare paterno. Vede però anche lui altre città in cui si fa molto abuso del vino, ed in cui sonovi in grande numero gli idioti, i rachitici e gli scrofolosi.

Il Prof. Pasquali ricorda le condizioni speciali in cui si trova il cane per l'assenza di vescichette spermatiche; onde coito lungo e secrezione nell'atto stesso del coire, onde egli spiega perfettamente il fatto a cui accennava il Dott. La Torre; ma non tutti gli animali si trovano nelle stesse condizioni.

Ha quindi la parola il Dott. Spinelli per comunicare *sul potere riducente del cefalotribo Lollini sui diametri della testa fetale.*

Svolge ampiamente il suo assunto, ed accennando e risolvendo la quistione dibattuta da molti sul potere o meno riducente dei cefalotribi, confortando il suo dire con la letteratura e con 4 osservazioni cliniche appartenenti al Prof. Morisani, dimostra essere il classico cefalotribo italiano dotato di pretto e grande potere frangente, facendo ciò vedere sui quattro cranii fetali delle osservazioni innanzi riferite. Accenna ancora ad altri studii che ottennero il medesimo risultato, e guardando ampiamente la quistione della inclinazione della base fra le branche del cefalotribo, arriva alle seguenti conclusioni.

1°. Il cefalotribo, e specialmente l'istrumento classico italiano del Lollini, ha il potere di ridurre i diametri della testa fetale con duplice azione.

a) Cefalotrizza la base tutte le volte che incontra cranii con ossa non completamente o malamente sviluppate, ovvero quando la base stessa è presa simmetricamente per due punti direttamente opposti e contrarii dalle cucchiaia dell'istrumento.

b) Nella maggioranza dei casi, per condizioni anatomo-meccaniche, schiaccia la volta contro la base, formando un disco osseo che si inclina e si pone di sbieco fra le cucchiaia.

2°. Nell'un caso o nell'altro la testa viene ridotta ad un diametro minimo che varia da 40 a 50 mm. mentre il diametro più lungo, che incrocia quello schiacciato, d'ordinario non supera ctm. 10.

La discussione della comunicazione del Dott. Spinelli è rimandata alla seduta pomeridiana.

Seduta pomeridiana del giorno 6.

Discussione sulla comunicazione del Dott. Spinelli.

Il Dott. La Torre dichiara importante la comunicazione del Dott. Spinelli ed aggiunge che la teoria antica sull'azione del cefalotribo, ammetteva lo schiacciamento della base.

Il Prof. Pasquali dice, in quanto all'azione del cefalotribo, essere della stessa opinione del Dott. Spinelli. Aggiunge che la causa d'insuccesso, spesso deplorata dai tedeschi, dipende dalla specie di cefalotribo usato. Il cefalotribo del Braisky, non si può sempre applicare per la larghezza del seno — 6 ctm. circa. — Degli istrumenti cefalotritori ciascuno ha la sua indicazione. In una pelvi asimmetrica scoliotica, il cefalotribo Braisky non si può adoperare.

Conchiude complimentando il Dott. Spinelli col quale è d'accordo quanto all'azione del cefalotribo, l'estrazione a sbieco dolla testa.

Il Dott. Spinelli dichiara di non essere entrato in particolari tra l'azione del cefalotribo e del cranioclaste.

Prof. Morisani. Il vecchio istrumento cefalotritore, privo però delle colossali proporzioni di prima, era tutto nella pratica. Il cranioclaste lo sostituì poi, facendolo dimenticare con certa ragione, quando era senza finestre, pesante, voluminoso. Oggi i cefalotribi Bailly, Lollini, il forcipino Guyon tornano meritatamente in onore.

Ad ognuno di questi istrumenti bisogna dare la sua indicazione. Se il cranioclaste è istrumento efficace lo è solo per l'estrazione in posizione obliquata della testa e per la sostituzione della faccia al vertice.

Il cefalotribo certo schiaccia la base, quando s'ha la precauzione di fissare o abbassare la testa e d'introdurre sufficientemente le cucchiaia. Si serve volontieri d'un ordinario tira-testa e non porta tanto indietro, secondo il precetto, le branche dell'istrumento, ma si tiene ad eguale distanza dal promontorio e dal pube.

Il Prof. Pasquali dice di avere scritto fin dal 1868 che il cefalotribo schiaccia la base.

Il Dott. La Torre di Bergamo legge la sua *nota clinica sulla espulsione spontanea dei polpi uterini sotto l'azione dell'elettricità.*

Una delle più felici conquiste è l'elettricità in terapia. La sua maggiore importanza l'ha acquistata in ginecologia.

Senza poter dire il modo di sua azione, ne dimostra l'utilità, superiore agli altri ordinari rimedii, per la cura dell'emorragia e l'enucleazione dei polipi uterini.

Dal 1883 ha seguito le ammalate delle cliniche del Dott. Apostoli, che cura con la galvanocaustica chimica parecchie malattie uterine; e, paragonando il loro stato

presente a quello anteriore alla detta epoca, ha potuto notare i grandi vantaggi che apporta siffatto metodo di cura.

Limitandosi ai soli polpi fibrosi, fa la storia dettagliata di sei donne con mio-fibromi uterini ed emorragie più o meno gravi. Con l'autorità d'illustri ginecologi, confutando la sistematica opposizione d'altri e con la dimostrazione dei casi clinici e le statistiche, conchiude che la galvanocaustica chimica nei mio-fibromi ha un'importanza diagnostica e terapica superiore agli altri rimedii palliativi e radicali.

Dimostra in fine che l'elettrolisi non è impotente, pericolosa e inferiore agli altri rimedii.

Il Prof. Morisani riferisce: *la incisione bi-laterale e la enucleazione nei mio-fibromi uterini.*

Parla brevissimamente dell'enucleazione di quattro tumori, varii di volume, dalla grossezza di un arancio a quella di un peso di ben 2000 grammi.

L'enucleazione dei tumori fibrosi uterini è nata in Francia nel 1840. Combattuta da oppositori gagliardi, non è stata più accettata ed il Nélaton la dichiarava operazione gravissima; ma a poco a poco è tornata in onore. Tutti i mio-fibromi nascono interstiziali, per diventare poi sierosi, mucosi, sessili o peduncolati.

L'operazione è diretta contro i tumori interstiziali e va fatta in due tempi, e, a seconda dell'esito, si dice completa o incompleta.

L'enucleazione dei mio-fibromi da molti è stata considerata come operazione grave e le si è sostituita l'isterectomia.

Per l'enucleazione possibile, la prima condizione è la dilatazione del collo, che egli, a differenza d'altri, procura a mezzo dell'incisione bilaterale dallo interno all'esterno

orifizio uterino, col processo di Sims, con lo zaffo successivo, con le iniezioni ipodermiche, quotidiane o a giorni alterni, d'ergotina.

La seconda condizione è l'apertura della capsula del tumore, cui segue l'enucleazione totale o parziale a norma del volume, del peduncolo, dell' impegno.

L'enucleazione parziale si fa a mezzo della pinzetta Rizzoli, da lui modificata.

L'emorragia, l'infezione settica, l'inversione uterina, la rottura dell' utero, col metodo accennato o s'evitano, o si prevengono e curano facilmente.

Fa il paragone fra le statistiche della enucleazione dell' isterotomia e dell' isterectomia e constata i vantaggi che s'hanno a mezzo dell'enucleazione.

Il Dott. La Torre preferisce il metodo Apostoli per la dilatazione del collo. Conviene però, che di tutti gli altri metodi quello del Prof. Morisani è preferibile.

Il Prof. Morisani non rifiuta l'elettricità che merita essere sperimentata. Il metodo d'enucleazione va fatto cautamente, a sedute successive quando occorre.

Il Prof. Pasquali dice che non deve essere dimenticato il De Cristoforis, che ha 25 casi di discissione bilaterale per enucleazione.

Il Prof. Cosentini ha curato una signorina con metrorragia da mio-fibroma interstiziale. Durante la mestruazione il collo scompariva ed il tumore si presentava all'orifizio. A collo riformato, in un periodo intermestruale, cloroformizza, incide il collo, e col coltello di Smith incide la capsula in parecchie parti e strappa quanto può con la pinzetta Billroth e Muzeaux.

Crede che la pratica del Prof. Morisani abbia grande importanza.

Essendo esaurito l'ordine del giorno la Società si riunisce in seduta privata, per discutere d'affari di amministrazione prima, e poi ad unanimità si è stabilito come

sede del prossimo congresso Roma, e la presidenza così composta:

Prof. Pasquali, *Presidente.*
» E. F. Fabbri, *Vice-Presidente.*
Dott. Tommasoni, *Segretario.*
» Mancusi, »
» Fasola, *Tesoriere.*

S'è pure votato ad unanimità il seguente ordine del giorno, proposto dal Prof. Morisani; mentre in seguito a loro domanda sono stati nominati socii i Signori

Dott. Giacinto Vetere — Napoli, angolo via Duomo alla marina (palazzo Forquet).
» Vito Ciampolillo — Napoli, strada di Chiaia 203.
» Francesco Speziaie — Castelletta (Lecce).

Ordine del Giorno.

« La Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia riu-
« nita a Napoli ha considerato:

« *a)* che nell'assenza del Cassiere, non si possono
« avere gli schiarimenti indispensabili a dare un giudi-
« zio esatto pel rendiconto finanziario presentato;

« *b)* che lo scarso numero dei soci intervenuti al-
« l'attuale convegno mostra, come nel maggior numero,
« per cause diverse, sia venuto meno lo zelo e lo impe-
« gno alla buona riuscita delle nostre riunioni;

« *c)* che la cessazione della Società per esaurimento
« sarebbe un avvenimento grave, che mostrerebbe non
« avere i cultori della Ostetricia e della Ginecologia in
« Italia, sufficiente interesse per le specialità che coltivano
« e poca tenacità di propositi.

« *d)* che è necessario rivolgersi ai cultori più im-
« portanti della specialità Ostetrico-ginecologica, e fare
« appello alla loro buona volontà ed a quello spirito di

« conciliazione, il quale fa sì che mediante reciproche
« concessioni, le asprezze siano addolcite e le piccole
« contrarietà dimenticate, affine d'ottenere coll'opera di
« tutti, il miglioramento ed il progresso della Società;

« *e)* che un giornale il quale sia organo della So-
« cietà, e faccia conoscere all'estero i lavori italiani, è
« necessario che sia conservato anche a costo di qua-
« lunque sacrifizio;

« *f)* che modificando le norme attuali della pubbli-
« cazione e sostituendovene altre da stabilirsi di comune
« accordo, il Giornale potrebbe aver vita prospera e ri-
« gogliosa, sopratutto se i principali Ostetrici volessero
« contribuire al buon andamento del periodico con la loro
« opera.

« Per tali ragioni con voto unanime ha stabilito
« quanto segue:

« 1°. La Società non crede opportuno dare alcun
« giudizio sopra il rendiconto finanziario inviato dal Cas-
« siere, e mentre ringrazia il Dott. Fasola della sua coope-
« razione, rimette l'esame e la discussione del detto rendi-
« conto alla prossima riunione, alla quale, giova sperare
« che l'egregio Dott. Fasola, non sia impedito d'assistere
« personalmente.

« 2°. Incarica l'uffizio attuale di Presidenza e quello
« eletto per la futura riunione: *a)* d'occuparsi attivamente
« e con tutti i mezzi che si crederanno più opportuni,
« della ricostituzione e del miglioramento dell'Associazione,
« dopo aver presi accordi coi soci attuali, e coi princi-
« pali cultori dell'Ostetricia e Ginecologia in Italia; *b)* di
« stabilire mediante opportuni accordi con gli attuali Di-
« rettori e Redattori del Giornale *Annali di Ostetricia e*
« *Ginecologia*, quali modificazioni debbono apportarsi alla
« Direzione, redazione e pubblicazione del giornale, e so-
« pratutto accertare in quali relazioni esso debba restare
« con la Società Ostetrico-Ginecologica.

« 3°. Il risultato delle pratiche sarà riferito alla « Società nella sua prossima riunione in Roma. »

Seduta antimeridiana del giorno 7.

Alle 9 e mezzo il Presidente dichiara aperta la seduta ed il Segretario passa alla lettura del verbale della tornata d'ieri, che viene approvato senza difficoltà: ha la parola il Dott. V. Lauro per fare la sua comunicazione: *Del bacino infantile secondo le vedute odierne e delle forze trasformatrici.*

Riferendosi alla sua nota preventiva, dice questa comunicazione seguito di quella, avendo avuto opportunità di aumentare il numero delle sue osservazioni; dal che più attendibili risultati.

Divide in due parti il suo lavoro; nella prima, facendo un po' di storia, dimostra come oggi la maniera di vedere sui bacini infantili, per quello che riguarda specialmente la forma e le dimensioni del distretto superiore, sia fondamentalmente cangiata. E riportandosi ai 45 bacini da lui esaminati ed aggruppandoli secondo le età e secondo il sesso, ha potuto notare come il diametro trasverso sia più esteso del promonto sopra-pubico in più di due terzi dei casi osservati da lui. Egli però crede più logica e più esatta la misurazione comparativa fatta col diametro sacro-pubico-minimo o *spazio utile*, col quale comparato, ottenne che sempre il diametro trasverso superò l'antero-posteriore, meno in quei casi in cui trattavasi di feti sifilitici. Onde conclude che sotto il rapporto delle estensioni diametriche, i bacini infantili normali, hanno il diametro trasverso più esteso dell'antero posteriore.

Venendo poi allo studio dei bacini patologici, ammette che la rachitide in atto nello scheletro fetale pro-

duce forte accorciamento nel diametro antero posteriore, non ammettendo influenza marcata del rachitismo pregresso materno sullo sviluppo della pelvi fetale: la sifilide per contro è causa di forte accorciamento del diametro trasversale. Non avendo esperienze personali per l'influenza della tubercolosi sullo sviluppo della pelvi fetale, ma appoggiandosi alle conclusioni del Turquet, ritiene che essa accorci pure il diametro trasversale, ma meno della sifilide.

Nella seconda parte egli tratta, se con questi profondi cangiamenti nelle vedute della costituzione del bacino dell'infanzia, si debba o meno ritenere in Ostetricia la teoria delle forze trasformatrici del bacino, ovvero per avventura debba essa venir bandita. E facendo un parallelo fra la costituzione anatomica del bacino infantile e dell'adulto, dimostra che se il primo rassomiglia molto a questo, è ben lungi però dall'essere identico al medesimo, onde nei cangiamenti che subisce il bacino della prima età, in relazione col crescimento, ei vede e deve vedersi ancora l'influenza marcata delle forze, anticamente ritenute trasformatrici, e che oggi egli vorrebbe meglio chiamate forze che imprimono al bacino infantile la definitiva forma ed i normali rapporti diametrici.

Aperta la discussione sulla comunicazione del Dottor Lauro, piglia la parola il Dott. Cosentini, il quale fa notare, che egli pure si occupa della quistione dei bacini infantili, e che esaminò la pelvi di due feti tubercolotici, trovando il diametro trasverso più esteso dell'antero posteriore.

Il Dott. Lauro non può recisamente rispondere al Cosentini, poichè egli già disse non avere al riguardo esperienze personali, ma in questa conclusione essersi appoggiato alle esperienze del Turquet, che riscontrò precisamente tal fatto.

Il Prof. Morisani dichiara che la teoria delle forze

trasformatrici è troppo importante per essere abbandonata, e che le ricerche fatte fin'oggi sui bacini infantili, sono troppo poche per poter dare un definitivo risultamento, onde vorrebbe che fossero continuate. Accenna poi alla diversità dei risultamenti degli antichi, appunto per le diverse contingenze in cui misuravano i bacini preparati.

Il Dott. La Torre vorrebbe misurati anche i diametri cefalici nei feti sifilitici onde notare se anche questi vengono modificati. Chiede poi alcune spiegazioni rispetto alle forze trasformatrici, accennando che il Prof. Tarnier insegna ancora secondo le antiche vedute, anzi ricorda un istrumento fatto costruire dallo stesso, onde spiegare il modo d'azione delle stesse.

Il Dott. Lauro dà ampie spiegazioni al riguardo al Dott. La Torre, ed accenna alle ragioni per cui egli vorrebbe mutata la denominazione delle antiche forze trasformatrici, in relazione appunto coll' ufficio cui esse son destinate.

Il Dott. La Torre dimanda se le forze trasformatrici non agiscono più o non inducono i cangiamenti pria ritenuti.

Il Dott. Lauro spiega come l'azione sia identica, sol che non trasformano la pelvi infantile, poichè questa è simile all'adulta, ma le imprimono i definitivi rapporti diametrici e la forma definitiva.

Il Prof. Morisani vede nel desiderio espresso dal Dott. La Torre, di misurare il peso ed anche i diametri cefalici dei feti sifilitici, un certo amore di paternità: promette che insieme col Dott. Lauro continuerà questo studio.

Il Dott. La Torre accenna alla differenza del peso ottenuto, e vorrebbe si notasse se è vero che le piccole differenze non alterano i diametri cefalici, mentre che le differenze marcate producono aumento forte.

Il Dott. Candia riferisce: *sulla cura palliativa del carcinoma uterino mercè il raschiamento e la causticazione col bromo. Considerazioni sulla cura radicale.*

Accenna all'abitudine degli antichi chirurgi di non eseguire alcuna cura, biasimandola perchè ei crede, che il primo dovere del chirurgo è di liberare radicalmente la donna nell'insorgere del male ricorrendo all'estirpazione totale dell'utero *per vaginam*, ovvero all'amputazione alta alla Schröder nei casi in cui l'affezione è limitata solo alla porzione bassa del collo, chiamando in soccorso le statistiche di tutti gli operatori della Germania. Vuol distinguere la prognosi dell'atto operativo radicale tenendo presente la mortalità dipendente dall'operazione stessa, e quella consecutiva alla stessa. Accenna alle statistiche dello Schröder, del Braun e del Martini. Ammette come l'indicazione dell'operazione radicale sia molto giusta, enumerando anche i casi in cui tale operazione può essere indicata. Fa presente il timore che suscita presso noi tale operazione e le difficoltà che si incontrano per eseguire tale atto operativo.

Esamina indi i casi in cui la cura radicale non è più possibile, nei quali ei ritiene dovere del chirurgo di prolungare quanto è possibile la vita della donna, mitigandone le sofferenze coll'arrestare il rapido progresso della neoplasia, mercè operazione palliativa mediante la quale cessano temporaneamente le continue minaccievoli emorragie, gli scoli icorosi e soventi volte anche i tormentosi dolori; cura palliativa che ei vuole praticata col raschiamento della massa carcinomatosa, seguìto una volta da causticazioni col ferro rovente ed un'altra con soluzione alcoolica di bromo. E riferendo un caso clinico a lui occorso conclude:

1°. Che nel carcinoma dell'utero, come principio generale, bisogna sempre in tempo ricorrere alla cura radicale mercè l'estirpazione *per vaginam* l'amputazione alta del collo secondo il metodo dello Schröder.

2°. Che quando una esatta esplorazione conferma la controindicazione della cura radicale, è necessario ricorrere alla cura sintomatica, anche coll' intervento di un atto operativo quale è il raschiamento, seguìto dalla causticazione o col ferro rovente o col bromo o col percloruro di ferro liquido.

Aperta la discussione piglia la parola il Dott. Cosentini. Dice che era in Germania ove vide la smania di operare le donne affette da carcinoma, le quali conviene che soffrono moltissimo; però egli è di credere che tutti i mezzi adoperati per liberarle le fanno morire più sollecitamente, mentre che vivono più a lungo se abbandonate a sè stesse. Anche lui ebbe la smania di operare al suo ritorno dalla Germania, però vide sempre i fenomeni allarmanti cessare per poco soltanto, ma poi ritornar da capo con maggiore veemenza e la donna morire: onde egli vorrebbe ritornare all'antico. Accenna alle statistiche del Martin, dello Schröder ed altri, per dire che è vero che questi operano l'estirpazione dell' utero per qualunque male uterino, si può dire; ma, se si guardano le statistiche delle donne operate per carcinoma, vede che la guarigione è temporanea assai, perchè è sicuro, che tutte, o quasi tutte le operate, uscirono guarite dall'ospedale per morir presto alle loro case. Egli vorrebbe perciò che nei casi di carcinomi e sarcomi dell'utero si operi assai sollecitamente, poichè vi sono i carcinomi encefaloidi specialmente, che son forniti di un grande potere invadente. E ricordando parecchi casi da lui operati, tiene a dire che una sola delle sue donne guarì, perchè era affetta da cancro a cellule cilindriche, che ha di tutti potere infettante minore. Vuole che si tenga presente il grande potere invadente delle riproduzioni secondarie dei carcinomi.

Il Dott. La Torre conviene col Dott. Cosentini circa la gravità del caso e la facile riproduzione del tumore, meno in quello già citato dal Cosentini: dissente però da

lui circa la cura palliativa, e ricordando i buoni effetti visti alla clinica del Dott. Doleris ed in due casi da lui medesimo curati, vorrebbe ricorrere alla cura delle causticazioni col ferro rovente o col bromo, nei casi in cui la cura radicale è controindicata. Nei quali se non è possibile la cura assoluta, certamente migliora molto le condizioni della donna.

Il Dott. Candia si felicita col Cosentini perchè è venuto alle sue conclusioni.

Il Dott. Turretta è d'opinione, che nei casi in cui la diffusione non è molto pronunziata, bisogna sempre operare per prolungare la vita della donna: riferisce al proposito specialmente un caso da lui operato con raschiamento molto profondo con esito felice. Conclude adunque dicendo, che nei casi in cui si può aver fondata convinzione che il male non sia molto diffuso, per scopo morale e perchè arresta la emorragia e migliora le condizioni generali della inferma vorrebbe procedere al raschiamento.

Il Dott. Meola conviene in certi casi per la cura radicale, ma vorrebbe, anche quando il collo sia invaso da tumore molto infettante, praticare l'amputazione. In quanto a cura palliativa, ricorda un caso in cui col iodoformio localmente, la donna migliorò, perchè questo rimedio secondo lui, può ritardare la cachessia, sia perchè si diminuisce lo assorbimento di materia icorosa sia perchè quella che si produce sarebbe meno infettante e perchè le emorragie diminuiscono.

Il Dott. Postiglione crede non doversi far trasportare dalla corrente, avendo visto molti casi di carcinomi uterini, curati da altri, e qualcuno da lui stesso, con monovre operative svariate, andare assai male: onde affermando essere molto difficile il colpire il momento in cui l'affezione sia molto limitata e molto facile l'operarsi, vorrebbe che queste vengano curate con lavande antiset-

tiche locali, medicatura leggiermente disinfettante e cura ricostituente. Egli ebbe sempre a lodarsi di simile trattamento come cura palliativa di questi tumori.

Il Dott. Candia non accetta le conclusioni dei Dottori Postiglione e Meola insistendo nelle sue.

Il Prof. Morisani accenna alle discordi ed opposte opinioni emesse nei pareri individuali, crede perciò che attualmente non si può arrivare a delle conclusioni ben distinte. Anche egli si è servito di tutti i mezzi di cura contro detto male, ma non può dare un giudizio esatto su ciascuna di essi, onde propone il seguente ordine del giorno perchè sia esaurito nella tornata futura.

« Invitare i socii della Società Italiana di Ostetricia « e Ginecologia a raccogliere fatti ed osservazioni rela- « tivi a stabilire nei limiti del possibile, come ed in « quali condizioni si debba o si possa procedere ad ope- « razione di ginecologia efficace in caso di carcinoma « uterino; in quali sia a praticarsi il raschiamento se- « guìto dalla cauterizzazione ed in quali contentarsi di « semplici cure antisettiche. »

L'ordine del giorno viene approvato e la seduta è rimandata alle ore 2 pomeridiane.

Seduta pomeridiana del giorno 7.

Il Presidente dichiara aperta la seduta alle ore 2 pom. e comunica una lettera del Dott. Fani, con cui fa sapere che per sue speciali ragioni non può intervenire.

Ha la parola il Dott. Lezza per la sua comunicazione: *la sola profilassi dell'aborto per sifilide.*

Dichiara che non dirà cose nuove, ma che espone il risultato di 21 osservazioni cliniche da lui raccolte. Esamina l'influenza che la sifilide spiega sul prodotto del concepimento, le alterazioni che essa induce nella pla-

centa e l'epoca in cui più frequentemente avviene lo aborto. Viene quindi a credere, avendone avuti ottimi risultati, come migliore fra tutte la cura del mercurio coadiuvata dalla tisana dello Zittmann. Non piglia neppure in calcolo l'idea per parecchio tempo vissuta, che sia il mercurio un mezzo abortivo e dichiara la via meno adatta per l'amministrazione del rimedio la gastro-intestinale, avendo spesso seguita la via ipodermica, specie quando infezione di recente data gli faceva temere gravi manifestazioni, colla quale cura dichiara che si fanno miracoli. Ed accettando ancora di praticare la cura mercuriale e della tisana dello Zittmann, anche nei casi in cui non vi è alcuna manifestazione della sifilide, ma si avverano gli aborti abituali, conclude:

1°. Non dover abbandonare mai l'idea della infezione sifilitica, sebbene non la confermino l'esame somatico e l'anamnesi nei casi di aborti abituali.

2°. L'abitudine ad abortire e la coincidenza dell'epoca depongono per la sifilide.

3°. Il mercurio è rimedio eroico, e la sua amministrazione, sebbene non completamente richiesta pure non riescirà nociva.

4°. La tisana dello Zittmann lo rende mirabilmente efficace.

Il Dott. La Torre ricorda che l'uso del mercurio è la cura di regola nella sifilide; la vorrebbe però estesa anche ai casi di idramnios per sospetto di possibile infezione sifilitica. Con citazioni di fatti di altri e proprii assicura la buona tolleranza del mercurio.

Il Prof. Morisani dice di non ripetersi mai abbastanza il raccomandare l'uso del murcurio nei casi di aborti abituali, poichè la maggior parte di essi sono causati da sifilide. Dichiara che i 21 casi del Dott. Lezza sono un contributo importante, ma relativamente all'epoca della interruzione della gravidanza non sono abbastanza afferma-

tivi rispetto a centinaia di osservazioni sue personali, tendenti a dimostrare che l'aborto per sifilide si verifichi dal 6° mese in poi. Onde egli vorrebbe ritenere sempre aborti provenienti da sifilide quelli che si avverano oltre il 6° mese. Ammette che molte volte le lesioni fetali sono apprezzabili, ma non sempre; ritiene molto più frequenti le lesioni placentari che son causa della morte del feto. Ritiene inoltre la sifilide malattia cronica, cioè a decorso lungo, e vuole perciò che la cura sia lenta, ma lunga e ripetuta per molte stagioni: riconosce la utilità della cura ipodermica nei casi di sifilide acuta, ma contro le morti ripetute dei feti, in epoca a cui accennava, vorrebbe si potesse adoperare per parecchie stagioni, cercando di non far intervenire novelle gravidanze, la cura delle frizioni mercuriali, fatte, se si può, da ambo i genitori.

Il Dott. La Torre riferendosi ad altre osservazioni scritte in un capitolo di altra sua memoria, può riconfermare quanto disse il Prof. Morisani.

Il Dott. Lezza conviene in tutto col Prof. Morisani.

Il Dott. Turretta crede che la cura ipodermica è valevole mezzo antisifilitico; vuole però la cura prolungata.

Il Prof. Morisani dà schiarimenti.

Chiusa la discussione ha la parola il Dott. La Torre di Bergamo per riferire: *Del processo intimo della fecondazione. Delle leggi dell'eredità.* Fa notare come in tutte le branche dello scibile medico sia ammesso lo studio della eredità morbosa, e che soltanto in ostetricia ciò venne trascurato, egli volle riempire questa lacuna con altro suo lavoro, e potè convincersi, che nella sua evoluzione il feto ubbidisce di più alle leggi dell'eredità, anzichè all'influenza delle pretese condizioni ammesse finoggi come atte a favorire od arrestarne lo sviluppo.

È precisamente di queste *leggi* che egli vuol tener parola.

Esamina le condizioni della fecondazione e la parte attiva che può avere l'ovulo o lo sperma nel processo intimo della fecondazione, ed esaminando ed analizzando le opinioni del Darwin, di Spencer, di Goltont di Haeckel, di C. Bernard, di Baron ed altri moltissimi, dimostrando troppo assoluta la opinione di Tarnier e Chantreuil, e non mancando di tener parola delle condizioni diverse di fecondazione delle piante e specie di alcuni animali, come le api, viene alla seguente conclusione: se l'eredità d'influenza può essere possibile in certe piante e presso qualche animale non si può ammetterla nell'assolutismo di Tarnier e Chantreuil nella specie umana.

Aperta la discussione sulla comunicazione del Dottor La Torre, nessuno piglia la parola onde la *conclusione è da tutti* accettata.

Ha quindi la parola il Dott. Mancusi per comunicare: *una pubiotomia ed una sinfisiotomia con metodo proprio.*

Riferisce delle particolarità storiche sulle due donne da lui operate, accennando come una di esse sia stata operata nell'Istituto Ostetrico, nel parto precedente, di cefalotripsia. S'intrattiene però abbastanza estesamente sulle operazioni da lui praticate e sul metodo con cui vennero eseguite. Nella prima adoperò la sega a catena guidata dietro la sinfisi col mezzo d'un ago di *scarpa*, ricacciata per una contro apertura praticata al vestibolo, la sinfisi pubica fu segata tenendo verticale il ramo superiore della sega e trasversale l'inferiore. Nell'altra adoperò uno scalpello che egli sta facendo costruire in modo speciale, onde evitare i danni che potrebbero avvenirne dalle punte. Non vide nelle due donne operate alcuna tendenza alla divaricazione delle ossa iliache, le quali per contro ritiene che tendano a ravvicinarsi. Tanto vero che egli nelle sue due operazioni non adoperò giammai ap-

parecchio immobilizzante delle ossa pelviche, ma una semplice fascia soltanto.

Ambedue le donne guarirono senza postuma veruno. Enumera gli inconvenienti della falcetta del *Galbiati*, i rimproveri che si possono rivolgere alla stessa, i danni di cui può esser causa, e dimostrando che ai suoi metodi questi rimproveri non sono applicabili, vorrebbe che al metodo classico venissero sostituiti quelli da lui messi innanzi.

Aperta la discussione, piglia la parola il Dott. Candia per dire che egli non divide la opinione del relatore nel dar bando alla falcetta, la quale gli pare non abbia alcuno degli inconvenienti lamentati dal Dott. Mancusi, che enumera partitamente. Non accetta l'uso della sega a catena che soltanto nei casi di sinostosi della sinfisi pubica, ma non vorrebbe mai che essa si elevi a metodo. Gli scollamenti ed i versamenti sanguigni lamentati dal relatore come demerito della falcetta, possono per lui essere resi assolutamente innocui osservando rigorosamente le regole antisettiche, le quali ben condotte dovranno certamente portare a minime proporzioni la mortalità delle donne.

Il Dott. Spinelli vorrebbe sapere se la donna cui accennava il Dott. Mancusi che fu operata in Clinica di cefalotripsia, sia la medesima che quella di cui egli ha riferito nella sua comunicazione, nella quale la C. V. era di millim. 65. Se ciò fosse, l'operazione del Dott. Mancusi gli sembrerebbe assai più interessante, perchè eseguita al di sotto del termine *minimum* prescritto per la sinfisiotomia, e seguita da eccellente risultamento.

Il Dott. Mancusi dà schiarimenti ed accenna ai connotati della donna ed al sito dove abita; in conclusione pare si tratti della stessa donna.

Il Dott. Lezza è disposto ad ammettere quanta delicatezza si voglia nel dare i colpi di maglio sullo scal-

pello per aprire la sinfisi, egli però vede nel suo uso non solo contusioni e pestamenti dei tessuti, ma quello che è di più, scuotimento di tutto il bacino, non interamente innocuo per il buon andamento della donna.

Il Dott. Mancusi dice che nei casi non solo di sinostosi della sinfisi, ma altresì di deviazione della stessa, gli sembra necessaria la sega a catena, e che allo scalpello egli non è per nulla disposto ad accordare gli inconvenienti lamentati dal Dott. Lezza.

Il Dott. Piccoli osserva, come la sega a catena, agendo su parti molli, produce una ferita lacero-contusa che è di più difficile riunione di una netta ferita da taglio. Inoltre che per farla agire bisogna fare una contro apertura nel vestibolo, apertura che può essere una facile via di entrata ai processi infettivi, trovandosi essa a contatto con i lochii, in sito ove la disinfezione permanente è difficile ad ottenerla. In quanto allo scalpello gli sembra poi che esso agendo per pressione, non taglia le parti molli se non trova al di sotto un corpo resistente, e perciò crede che con difficoltà avrebbe tagliati i diversi legamenti della sinfisi, i quali per di più sono per effetto della gravidanza rammolliti. Inoltre che per la prominenza dell'addome e per l'ordinaria antiversione dell' utero nei bacini viziati, lo scalpello retto, non può seguire la direzione della sinfisi, e perciò uno dei bottoni ottusi sporgenti, dal tagliente, e fatti per garantire gli organi vicini impuntando sulla faccia anteriore della sinfisi, avrebbe impedito la progressione dello strumento. Infine che essendo la sinfisi dei pubi più spessa in alto che in basso, la parte tagliente dello scalpello, largo abbastanza per comprendere la massima spessezza, avrebbe oltrepassata la sinfisi nel punto più ristretto, con pericolo di offesa degli organi che si vogliono rispettare.

Il Dott. Lauro essendo stato preceduto dal Dott. Piccoli in certe osservazioni, vuol fare una dimanda ed

una osservazione ancora. Desidera sapere adoperando la sega a catena nel modo voluto dal Dott. Mancusi, che cosa ne avverrà dei tessuti molli interposti fra la incisione soprapubica e la controapertura al vestibolo, parendogli che a sinfisi completamente segata debbasi congiungere l'apertura superiore e la inferiore, non ovviandosi per conseguenza così, anzi aggravando all'appunto fatto alla falcetta di richiedere incisione ampia. Fa osservare poi che non è possibile che ad ossa pubiche divise, possa mancare la tendenza delle ossa iliache a divaricarsi fra loro. Appoggia il suo dire alle leggi della meccanica, e dimostrando che ogni osso iliaco può e deve considerarsi come leva, fa rilevare che esse debbono necessariamente divaricarsi. Ricorda anzi al proposito le operazioni eseguite dal Prof. Morisani, ed a cui egli personalmente assisteva, il quale nel momento della apertura dei pubi, raccomandava di tenere ben ravvicinate le coscie, per non lasciar divaricar gli ilei che ne devono fatalmente aver tendenza.

Il Dott. Meola crede che preoccuparsi oggi che la ferita sia più o meno ampia, fatta all'aria libera o sottocutanea, non ha nessuna importanza, quando siasi praticata una esatta disinfezione. Fatta questa poi, tagliando colla falcetta, si ottiene una ferita che ha tutte le condizioni per dare l'adesione *per primam*, mentre che la ferita lacera prodotta dalla sega a catena si opporrà alla cicatrice per prima intenzione. Il Dott. Mancusi ha poi detto che in certi casi si perde molto tempo a rinvenire l'articolazione interpubica, ma non ce ne vuole di più per praticare quei fori pei quali deve passare la sega? Quanto all'uso dello scalpello egli dice volerci pochi colpi di maglio ad aprire la sinfisi, onde non è da temere le scosse impresse al bacino od i maltrattamenti comunicati alle sincondrosi sacro-iliache. Ed allora egli fa notare, che quando ci vogliono pochi colpi di maglio,

riesce assai meglio la vecchia falcetta, e quando si deve incidere una sinostosi fra i pubi od il taglio capita nella spessezza dell'osso in vicinanza dell'articolazione, allora gli inconvenienti cennati sono reali e quindi è preferibile la sega a catena, come già da molto tempo era stato proposto e praticato.

Il Mancusi vorrebbe dar ragione a tutte le opposizioni fattegli, ma non lo può per la semplicissima ragione che ambedue le sue operate sono guarite. Ma pur volendo dir qualche cosa, fa osservare al Dott. Piccoli, come coi metodi antisettici, la ferita fatta dalla sega guarisce così bene come quella da taglio, quando egli ha potuto portar via tutte le brattee ossee che la sega ha prodotte, col mezzo di doccie di acqua; in riguardo poi a porta d'entrata dell'infezione l'una ferita vale l'altra, non misurando egli a millimetri le distanze per l'entrata dei germi infettanti. Riguardo allo scalpello dice che non è vero che la prominenza dell'addome e l'antiversione dell'utero possano impedirne l'uso; che se anche ciò fosse, basterebbe con una fascia sollevare l'uno e l'altro. Accetta in parte la difficoltà di tagliare i legamenti, perchè l'ha riscontrata anche nel suo caso, nega però assolutamente la possibilità di offese di alcuno degli organi che si vogliono rispettare per la sporgenza della lama dello scalpello, essendo tutta garentita dai bottoni di cui è munito. Infine dice che non gli sembrano inconvenienti quelli messi innanzi dal Dott. Lauro, poichè nei casi da lui operati non vide mai tendenza delle ossa iliache a divaricarsi.

Il Prof. Morisani riassume assai brevemente quanto fu detto dai precedenti, indi ricorda come egli reduce dal Congresso di Londra ebbe in viaggio, al proposito della sinfisiotomia, una lunga conversazione col Prof. Tarnier, il quale esprimeva le più alte meraviglie che con la falcetta si potesse tagliare la sinfisi. Posteriormente il Professor E. F. Fabbri, mostrò le medesime meraviglie, e si fece

costruire la falcetta per esperimentarla. Con ciò egli non vuole sostenere che la falcetta sia il tipo degli istrumenti per eseguire la sinfisiotomia, ma ritiene per certo, che per sostituirla è necessità di trovarne uno che valga quanto essa anzi la superi nei pregi.

Passa quindi ad esaminare i rimproveri rivolti alla falcetta per dimostrare che la ferita necessaria a praticarsi per eseguir con essa la sinfisiotomia, non è grave affatto, tanto più che la falcetta fu da lui già modificata nella curvatura e nella estensione del tagliente: le due incisioni fatte per adoperar la sega a catena, per contro sono certamente più grandi. S'intrattiene quindi abbastanza estesamente delle offese della vescica e dell'uretra volute rimproverare alla falcetta; esamina lo istrumento il processo operativo per far toccare, come esso non può dare assolutamente consimili lesioni, le quali quando si verifichino sono da mettersi in conto *dell'artefice e non dell'arte.* Accetta la deviazione della sinfisi nei bacini rachitici, ed accetta altresì che in questi casi la falcetta non la rinvenga, ma, si dimanda, si evita questo inconveniente collo scalpello? a lui sembra di no; onde non vede nei nuovi strumenti alcun pregio sullo antico strumento del Galbiati. Esamina la pubiotomia fatta con la sega a catena, e dichiara la operazione eseguita dal Mancusi assai difficile; infatti riportandosi a simili esperimenti fatti da lui in certo numero, trovò sempre grandi difficoltà e notò costantemente molto trauma, onde trova anche perciò più adatto ed accettabile l'uso della falcetta; accettando però di necessità la sega a catena nel caso di sinostosi, quantunque con una certa riserva.

In quanto allo scalpello così come lo vuole l'operatore, trova che non può essere adoperato, specie nelle donne rachitiche per la procidenza del ventre, (ventre a bisaccia) per cui non vorrebbe accettarlo che modificato. Inoltre lo scalpello non taglia il ligamento triangolare,

che egli ritiene importantissimo nell'essere reciso e ne raccomanda in ogni caso la recisione riferendone le ragioni; ed esaminando la topografia del detto ligamento dimostra come esso può ed è infatti sempre tagliato dalla falcetta. Ritiene anzi molto probabile che il Mancusi non lo recise, e fu appunto perciò che ei non vide il divaricamento delle ossa iliache e dei pubi. Loda la iniziativa presa dal Dott. Maucusi, ma lo esorta a provare e riprovare ancora, ritenendo le sue conclusioni ancora premature e meritevoli ancora di studio.

Il Dott. Mancusi dice che egli non volle dare risultato definitivo, cosa che egli spera di fare fra non molto.

Il Dott. La Torre, pur dichiarando di non aver competenza della sinfisiotomia, che non vide mai operare, ritiene sembrargli che lo scalpello non può essere in ogni caso applicato, poichè, se la spessezza della sinfisi è maggiore dell'estensione del tagliente dello scalpello, ne consegue che anche i bottoni terminali del medesimo saranno infissi nell'osso; dal che difficoltà maggiori e taglio incompleto della sinfisi.

Il Dott. Piccoli fa osservare ancora, come per lui la ferita al vestibolo, non ha la medesima importanza che la ferita cutanea, per le condizioni di vicinanza coi lochii in cui essa ritrovasi.

Il Dott. Mancusi fa riflettere come la infezione che può penetrare per la ferita inferiore, sembragli una sottigliezza, poichè questa si protegge con adatta medicatura, ammettendo altresì che i germi possono essere trasportati col mezzo dell'aria. Infine fa osservare al Dottore La Torre che egli può far costruire scalpello di diverse larghezze per ovviare all'inconveniente lamentato.

Ha quindi la parola il Dott. Barone per leggere: *La ergotinina nella cura delle emorragie uterine post*

partum ed in quelle da fibromi uterini. Riferisce alcune storie cliniche spettanti a donne curate con detto rimedio, e dopo d'aver svolte acconcie considerazioni sull'argomento da lui propostosi, paragonando l'ergotina ad altri rimedii, cui si attribuisce eguale azione, parla delle dosi e delle forme di amministrazione, e viene alle seguenti conclusioni:

1°. L'ergotinina per uso ipodermico è di azione immediata, sicura, costante; non dà luogo a dolori, a noduli d'indurimento nel sito della puntura ed a tutti gli altri inconvenienti dell'ergotina e della tintura di segala.

2°. Vince le emorragie *post-partum*, agendo specialmente sull'utero puerperale, ridestandone la contrattilità ed accelerandone l'involuzione, che predispone all'andamento fisiologico dei puerperii.

3°. Diminuisce, ed in qualche caso fa scomparire, per azione non ancora ben conosciuta, i fibroidi uterini, e guarisce il sintoma più pericoloso di tale affezione, l'emorragia.

Seduta antimeridiana del giorno 8.

Alle ore 9 e mezzo il Presidente dichiara aperta la seduta: letto ed approvato il processo verbale delle sedute d'ieri, ha la parola il Prof. M. Scibelli per la sua comunicazione *intorno ad alcune considerazioni sulla diagnosi dei vizii di bacino.*

Presenta all'uopo numerosi e bellissimi esemplari di bacini viziati, e diffusamente dimostra, come per lui la conoscenza soltanto della C. V. non è sufficiente a far conoscere nella sua totalità il vizio pelvico, essendovi casi in cui tale diametro è normale, ciò non per tanto il parto non potersi effettuare spontaneamente. Onde egli vorrebbe, per stabilire un esatto e razionale intervento, che l'esame della pelvi fosse completo per poterne ri-

conoscere altresì la forma; importante anche questa per poter stabilire una esatta diagnosi del grado e forma della viziatura. Dà infine una classifica propria dei bacini angusti, attenendosi specialmente alla forma della viziatura.

Il Dott. Piccoli legge la sua comunicazione sulla *morte di un feto per emorragia e rottura della capsula surrenale destra.* Narra le particolarità riferentisi al parto del feto di cui intende trattare, e come esso venne estratto col forcipe applicato sulla pelvi, morendo circa 24 ore dopo la nascita. Alla autopsia rinvenne ecchimosi cutanea delle regioni trocanteriche e laterali esterne delle coscie, emorragia e rottura della capsula surrenale destra, che aveva acquistato un volume doppio dell'altra ed ematoma sottoperitoneale della fascia ileo-lombare.

L'esame microscopico della sostanza corticale della capsula, essendo la midollare distrutta dal focolaio emorragico, non faceva rilevare alcuna alterazione patologica. Mostra il pezzo anatomico ed i preparati microscopici, e non entra neanche a discutere sull'applicazione del forcipe, dimostrando come nel caso presente le cucchiaia dello strumento non potettero essere causa della lesione della capsula medesima. Passa quindi ad alcune riflessioni sulla disposizione vasale e sulla struttura di questi organi e sui disturbi fisiologici della circolazione fetale pel prolungato travaglio del parto, e citando in appoggio diverse osservazioni di altri autori, viene alle seguenti conclusioni:

1°. Che le capsule surrenali per la speciale distribuzione dei vasi sanguigni e per la delicata struttura della sostanza midollare, sono predisposte alle stasi, e quindi alle emorragie, specialmente nella prima età;

2°. Che causa di questi disturbi circolatorii sono, tutte quelle condizioni che tendono a far divenire positiva, la ordinaria pressione negativa della vena cava inferiore;

3°. Che questi disturbi sono più frequenti o più accentuati nella capsula surrenale destra, per lo sbocco diretto della sua vena nella vena cava.

Piglia la parola il Dott. Mancusi per osservare che egli non crede che la emorragia di una capsula surrenale possa portare la morte, poichè il sangue sottratto al torrente circolatorio, non può esser mai in tanta quantità da far morire il feto.

Il Dott. Piccoli fa notare pria d'ogni altro che la fisio-patologia delle capsule surrenali non è ancora ben conosciuta, e pèrciò non può dirsi con precisione quali danni ne riceve l'organismo dalle loro lesioni. Nota intanto la ricchezza di nervi di detti organi, cita gli esperimenti di Brown-Sequard e del Tizzoni, l'opinione dello Jaccoud, e crede poter ritenere, come nel caso presente, che più che la perdita di sangue, siano i fatti nervosi ai quali danno luogo le lesioni delle capsule surrenali, che possono causare la morte.

Il Dott. La Torre sostiene la medesima teoria del relatore.

Il Dott. Candia parla dei *tamponi di glicerina e iodoformio nelle infiammazioni essudative croniche della piccola pelvi.* Riferisce come da circa 2 anni egli adoperi, in dette affezioni della sfera genitale, i tamponi vaginali imbevuti in una miscela di glicerina e iodoformio al 5 od al 10 per 100, a seconda della tolleranza, ritraendone sempre buonissimo risultato. Tiene parola del modo diverso come si esplicano i prodotti infiammativi della piccola pelvi, di antica data, cioè tumori, briglie, cordoni a seconda della cronicità del processo; degli spostamenti uterini che ne possono conseguire e delle gravi sofferenze di cui possono esser causa e lo sono ordinariamente. Or bene in questi casi, allorchè non si è, o non si voglia far ricorso a mezzi più energíci, come il massaggio od

altra operazione di alta chirurgia, tra tutti i mezzi palliativi che offre la moderna ginecologia, quello che trovò meglio adatto e più proficuo fu l'uso dei tamponi con glicerina e iodoformio tenuti in vagina per 12 a 24 ore ed in giorni alterni, che vorrebbe applicati nel sito più vicino al posto della malattia.

Riferisce alcuni casi clinici felicemente da lui curati in questa guisa, diffondendosi alquanto sui particolari. Esamina l'azione della glicerina e del jodoformio, venendo alla conclusione che essi possono essere raccomandati come il miglior mezzo riassorbente

1° nelle perimetriti e parametriti essudative, nel loro stadio subacuto o cronico;

2° nelle antiche peri e parametriti con esito in tessuto cicatriziale, dove agisce altresì, principalmente a lenire le sofferenze dolorifiche, rammollendo e rendendo distensibili i legamenti retratti e le aderenze, per cui si rendono più liberi i movimenti degli organi spostati e fissati anormalmente;

3° nelle ooforiti e periooforiti croniche;

4° nelle metriti croniche, e notevolmente in quelle subacute puerperali, dipendenti da torpida involuzione dell'utero.

Completato così il lavoro scientifico della IV riunione della società, il Dott. La Torre si leva per dire, che egli crede d'interpetrare i sentimenti di tutti i presenti nel rivolgere al Presidente, Prof. Morisani, i maggiori possibili ringraziamenti per la imparzialità e per la finezza tenuta nel guidare le discussioni durante il lavoro della società. Tutti i presenti fanno eco al Dott. La Torre.

Il Presidente, si leva e pronunzia le seguenti parole di chiusura:

« Abbiamo finito — non mi resta che a ringraziarvi « per l'assiduità e la diligenza, con la quale assisteste « al penoso lavoro delle nostre tornate.

« Non molti risposero allo invito fatto per questa « IV Sessione; parecchi importanti Ostetrici e Ginecologi « mancarono: fummo pochi, ma lavorammo con zelo ed « attività: fummo pochi, ma esaminammo e discutemmo « molti e non facili argomenti scientifici e pratici; fummo « pochi, ma tenemmo alto il prestigio ed il credito della « nostra Associazione. Grazie Colleghi.

« E aggiungo che la discussione procedè calma e « serena, senza scatti di vivacità irritante, ma con forme « semplici e cortesi, come si conviene a coloro che co- « noscono perfettamente quello che vogliono, e i quali « mirano ad un solo scopo; la ricerca della verità. Gra- « zie di nuovo.

« Io non so se riusciremo nel mandato che avete vo- « luto confidarci; ma so, e ne fo formale promessa, che « noi metteremo in opera ogni sforzo, ogni mezzo, perchè « la nostra società, rinfrancata, proceda più vigorosa- « mente, e perchè il giornale, organo della società, ri- « acquisti il credito e la diffusione che esso avea nei « primi tempi della sua pubblicazione.

« Ed ora addio, o meglio a rivederci a Roma.

« La IV Sessione è chiusa. »

GIORGIERI Dott. CARLO

DI UN CASO DI PARESI VASOMOTORIA IN DONNA INCINTA

D. S. di anni 28, nata e domiciliata in Firenze, è di professione sarta. Per ciò che concerne l'anamnesi remota, la S. dichiarò recisamente che non è stata mai ammalata di petto e che per conseguenza non ha mai avuto tosse tranne che in dipendenza di qualche leggiera laringo-tracheite, sofferta rare volte nella stagione invernale, ma che però era stata sempre di corta durata e di poca entità. Escluse in modo assoluto di aver sofferto di emottisi. Nella prima età ebbe i soliti esantemi, fu mestruata a 12 anni e la mestruazione fu sempre regolare fino all'epoca in cui si maritò (Settembre 1886), Non ha avuto parti, nè alcuna malattia nterina. Ha sempre abitato buone case ed usato vitto salubre. Al principio del mese di Giugno dell'anno decorso, ebbi occasione di visitare la S. per una emottisi, che mi disse essersi presentata ad un tratto senza cause per lei apprezzabili. Ecco in poche parole la storia anamnestica prossima, quale mi fu possibile raccogliere in modo più chiaro e preciso.

La S. era incinta al 6° mese, nei primi mesi della gravidanza non aveva avuto alcun disturbo di una certa importanza, se si eccettui un poca di debolezza e di anoressia, che, a suo dire, non aveva mai sofferto nel tempo precedente al suo stato di gravidanza. Una notte, secondo che narra la S., fu colta da una forte emottisi accompagnata da tosse secca e stizzosa, che durò per circa mezz'ora, mentre nello stesso periodo di tempo venne emessa una quantità non indifferente di sangue. A questo fatto breve per la sua durata, ma grave nella sua manifestazione, successe la più perfetta calma; nella mattina successiva la S. venne

a farsi visitare, temendo, essa diceva, di avere una grave malattia polmonare. Dopo ripetute ed esatte ricerche (1) potei escludere con molta sicurezza la presenza di una lesione polmonare riferibile ad un processo di flogosi acuta e meno ancora ad un processo tubercolare. Ciò nonostante feci le solite prescrizioni del caso (percloruro di ferro, ghiaccio, riposo assoluto, ecc.) per evitare che la emottisi si ripetesse, tanto più che per questo avvenimento la malata erasi profondamente impressionata. Constatai pure la gravidanza al 6° mese, come mi era stato accennato dalla S. valutando questo periodo dal tempo, in cui cessarono i corsi mestruali.

Riguardo poi ai segni particolari riflettenti la gravidanza, riporterò ciò, che mi fu dato riscontrare. E su questo proposito avvertirò che non stimo necessario, nè opportuno nel presente caso, dilungarmi di soverchio, dal momento che la S., essendo perfettamente conformata, non presentava alcun fatto degno di nota speciale.

All'esame obiettivo apparve un tumore addominale assai pronunziato, rotondo, corrispondente all'utero gestante, il fondo di questo giungeva circa un dito trasverso al di sopra della cicatrice ombellicale. Alla palpazione si percepivano molto distinte le ineguaglianze fetali. All'ascoltazione si avvertiva il rumore del cuore del feto, ubicato nel quadrante inferiore di destra.

Praticato il riscontro vaginale si notò, che la porzione inferiore del collo era assai rammollita, mentre l'altra porzione superiore, fatte le dovute proporzioni, era un poco slargata, si avvertì pure nello stesso tempo, che la muccosa vaginale, specialmente nella sua porzione superiore, si trovava cospersa di piccole granulazioni, fatto del resto assai comune a verificarsi nel periodo della gravidanza.

Le mammelle erano turgide ed un poco dolenti alla pressione, il colore dell'arcola marcatamente oscuro ed assai manifesti i tubercoli di Montgomery.

Questi sono i resultati più salienti, esposti sommariamente, dello esame obiettivo, raccolti nella prima visita della S. e con le dovute e necessarie modificazioni (riguardo specialmente alla posizione del fondo dell'utero ed allo stato del collo) furono poi confermati nella seconda visita eseguita dopo circa un mese.

(1) I resultati dell'esame obiettivo li esporrò minutamente più sotto.

Richiamata con insistenza l'attenzione della malata sopra un punto importantissimo della storia anamnestica, che poteva arrecare molta luce per formulare una diagnosi soddisfacente, ricercai più volte se negli anni o nei mesi passati la S. avesse sofferto di affezioni bronchiali o altrimenti di qualche disturbo nella funzionalità dell'apparecchio respiratorio e sempre con la medesima uniformità nelle risposte mi fu escluso recisamente e mi assicurò, che non aveva mai avuto alcuna malattia, tranne che qualche laringo-tracheite (come sopra fu detto) durante la stagione invernale.

Di fronte a coteste esplicite dichiarazioni, confermate d'altronde in tutta la loro integrità da tutti gli altri parenti, che convivono colla S. e di fronte ai resultati dello esame obiettivo completamente negativo, non potei indagare la vera patogenesi della emottisi e solo mi limitai a riferirla ad una delle solite e comuni forme, di emottisi vicaria; opinione che, come vedremo più tardi, era del tutto infondata. Lasciai dunque il giudizio sospeso riserbandomi a chiarirla tostochè in prosieguo si fosse presentato qualche fenomeno più chiaro e preciso, che mi avesse potuto mettere sulla via di una giusta e conveniente interpetrazione. Frattanto passò circa un mese, senza che io rivedessi la S , e solo verso la metà del mese di Luglio la S. tornò nuovamente a cercarmi, per riferire che si era ripetuto il medesimo fatto, cioè, che nel corso della notte aveva sofferto una nuova emottisi più abbondante della precedente ed accompagnata dalla solita tosse. È da avvertire che la tosse non precedè la prima emottisi, come già fu detto, nè si presentò più nell'intervallo di tempo, che decorse fra la prima e la seconda emottisi. Ripetei l'esame obiettivo e riscontrai i medesimi dati già constatati nel primo esame, però non potendomi rendere conto esatto della singolarità del fatto e dubitando che le mie ricerche non fossero del tutto precise, ricorsi al parere di un collega e questi pure convenne nei medesimi resultati, convalidandone la esattezza. Però, nella seconda visita della malata emerse un fatto di una considerevole importanza e che valse a completare una lacuna nella serie delle molte indagini, fatte per formulare una diagnosi, che avesse almeno un'apparenza di attendibilità. Nel praticare l'esame dell'addome emerse che, esercitando una pressione nelle regioni ovariche, ad un tratto si presentò la medesima emottisi, quale erasi avuta nelle due precedenti circostanze. La emottisi era di fatto accompagnata da

tosse secca, che si manifestava ad accessi con brevissimi intervalli di tempo fra loro, tenue la quantità del sangue, che accompagnava ciascun accesso di tosse, il sangue emesso era di colore rosso senza essere commisto a materia muccosa. Questa emottisi durò per circa dieci minuti, poi successe una quiete assoluta. Dopo breve tempo, fatta nuovamente adagiare la malata, esercitai la medesima pressione in corrispondenza della regione ovarica destra, senzachè si presentasse alcun disturbo, ma appena eseguita la stessa prova a sinistra si ebbe una nuova emottisi presso a poco della stessa durata e intensità della precedente. Non feci altre prove per non tediare di soverchio la S. già abbastanza esausta e impressionata dalla emorragia sofferta. Sorpreso da questo fatto strano, emerso casualmente nello effettuare lo esame dell'addome, riandai la storia anamnestica della S. e mi trattenni in special modo sulle epoche, che precederono le due prime emottisi per indagare se per qualche motivo la S. avesse sofferto delle pressioni sull'addome, e difatti dopo replicate ricerche mi affermò, che le due emottisi successero a ripetuti rapporti sessuali, che essa aveva avuto col proprio marito, durante i quali furono fatte delle forti pressioni sul ventre.

Frattanto rinnuovai la medesima cura sintomatica della volta precedente, non omettendo in pari tempo di consigliare una assoluta astinenza riguardo ai rapporti sessuali, per evitare il caso che si rinnuovasse la emottisi.

Non esiste alcun sospetto circa possibili malattie tubercolari nei parenti del padre e della madre; i genitori sono tuttora vivi ed in buona salute; la S. ha un fratello ed una sorella che sono ambedue di costituzione sana e robusta.

L'esame dell'orina fu negativo e furono del pari negativi i resultati degli esami, praticati sul sangue emesso nella emottisi provocata dalle pressioni esercitate durante l'esame del ventre.

Questi sono i dati anamnestici, che mi fu dato raccogliere nelle due visite fatte alla S. nel Giugno e nel Luglio dell'anno decorso. Oggi posso aggiungere, che la S. avendo ottemperato scrupolosamente alla cura prescritta, non ebbe più a soffrire di emottisi negli ultimi mesi della gravidanza, nè in appresso, e che la S. partorì felicemente un bambino alla fine di Settembre. Dopo circa un mese che la S. ebbe partorito, essa dovè recarsi nella provincia di Napoli, ove appena trascorsi due mesi, durante i quali aveva senza alcun disagio proseguito l'allattamento, le morì il bambino. Ignoro qual fosse la causa della morte.

Ai primi del mese di Maggio dell'a. c. ebbi di nuovo occasione di visitare la S., che trovai in perfette condizioni di salute, non aveva più sofferto alcun segno di emottisi, nè tosse, nè altri disturbi.

Esaminai il petto, che trovai sanissimo, nè da quest'epoca le condizioni di salute della S. si sono più in alcun modo alterate.

Esporrò adesso i resultati dell'esame obiettivo, che ottenni nella prima visita della malata, come già accennai, ai primi di Giugno dell'anno decorso e che confermai in tutta la loro integrità nella seconda visita, praticata nella prima metà del mese di Luglio.

La S. è di statura media, presenta una buona costituzione. Il sistema scheletrico è regolarmente sviluppato e bene conformato, il tessuto adiposo e le masse muscolari molto bene svituppate.

Alla palpazione il premito tattile si percepisce ugualmente in tutte le regioni del torace.

Praticata la percussione del torace tanto anteriormente che posteriormente, si ha la risuonanza polmonare normale in tutto l'ambito del polmone destro e sinistro.

All'ascoltazione stetoscopica della percussione si rileva l'area cardiaca contenuta nei limiti fisiologici.

All'ascoltazione polmonare non si avverte alcun fenomeno di consonanza, tranne che qualche raro rantolo a medie e piccole bolle, sparso qua e là nei due polmoni, in special modo in corrispondenza del lobo medio a destra e del lobo inferiore sinistro ed apprezzabile più distintamente nell'atto della inspirazione. I toni cardiaci sono nettissimi. Nè in seguito alle forti e profonde inspirazioni, nè dopo ripetute e gravi compressioni degli apici polmonari, si manifestano accessi di tosse, come pure agli apici stessi colla percussione e coll'ascoltazione non si giunge ad avvertire veruna alterazione nella perfetta funzionalità dei polmoni.

Eseguito l'esame particolareggiato dei visceri addominali colla ispezione, palpazione, percussione ed ascoltazione stetoscopica della percussione, non si avverte alcuna anormalità.

Fino dalla prima visita fatta alla S., apparve subito la stranezza e la singolarità del caso, perchè di fronte ad un sintomo così grave ed importante (emottisi) mancava poi il fatto di una alterazione nel parenchima polmonare, e non era sul primo percepibile un' altra causa chiara e palpabile, che ne potesse spiegare la vera origine. La singolarità della osservazione si rese ancor più sensibile alla seconda visita, quando mercè più acccurate, minute, e speciali ricerche nell'esame semeiotico, convalidate dal giudizio di altro medico, venne eliminato ogni dubbio di possibili errori nel giusto apprezzamento dei resultati dello esame obiettivo. Rimaneva peranco a risolversi la questione se si trattava veramente di emottisi o di ematemesi, giacchè le dichiarazioni, sebbene assai precise e mai contraddittorie della malata, che del resto si mostrava molto intelligente, non erano sufficienti ad assicurare completamente, nè di esse ci si poteva appagare, concorrendo a rendere sospesi la mancanza assoluta della tosse precedente alle emissioni di sangue, e la non esatta attenzione posta nel determinarne la qualità e la quantità. La S. mi aveva assicurato, che il sangue emesso era di un bel colore rosso e che la tosse breve e secca erasi presentata solo durante gli accessi di emottisi, ma si poteva invero tali osservazioni ritenerle come assolutamente attendibili? oppure non era più logico sospendere ogni giudizio definitivo? Purtuttavia, quantunque non sempre si debba prestar fede alle ricerche anamnestiche, nel nostro caso è mestieri convenire, esse avevano una certa importanza sia per ciò, che concerneva l'anamnesi prossima e remota e sia ancora per ciò che rifletteva lo stato di salute dei parenti più affini. Ed è un fatto, che le più esplicite assicurazioni sulla assoluta mancanza di qualsiasi fenomeno, che potesse confermare la presenza di una affezione tubercolare tanto nei genitori, quanto negli avi dei due rami e nei fratelli, se non affatto sufficiente ad escluderla nella S., pure mi poneva in una certa indecisione nel formarmi un criterio diagnostico. D'altra parte esisteva una emottisi, che erasi ripetuta a varie riprese in due notti, confermata del resto anche de visu, mentre si praticava l'esame nel modo e nelle particolari circostanze notate nella storia anamnestica. Si eliminava pertanto

la possibile e probabile ipotesi, che il sangue potesse venire dallo stomaco invece che dall'apparato respiratorio per le considerazioni di fatto, che era mancato qualunque segno di nausee o vomiturizioni, di dolori all' epigastrio; fenomeni, il cui complesso, sebbene non formi un corredo costante della ematemesi, pure nella maggioranza dei casi ne suole essere un ben chiaro segno. Eppoi pur volendo sofisticare e volendo non assegnare alcun valore ai varii criteri, che mi forzavano a ritenere trattarsi di un emoptoe, dovevo pensare che l'affezione morbosa dello stomaco atta a generare una ematemesi, doveva consistere nella ulcera rotonda, in alcune semplici erosioni, nel cancro ed anche negli impedimenti meccanici alla circolazione nella porta; ma di tutte queste affezioni morbose non si aveva neppure un dato, che mi potesse autorizzare ad ammettere la probabile esistenza di una di esse. Si restringeva così il campo delle molte investigazioni, dovendo rivolgere tutta la mia attenzione sull'apparato respiratorio, tanto più che anche le ricerche sulle qualità del sangue emesso (sebbene talora fallaci per la non rara evenienza del passaggio del sangue dalla laringe nella faringe, o per non aver potuto subire il sangue le speciali modificazioni dovute all'azione del succo gastrico, per essere stato tosto emesso dopo l'avvenuta emorragia, o per la sua considerevole quantità), le quali mi fu possibile instituire dopo la emottisi da me provocata, deponevano luminosamente nel senso, che si trattasse positivamente d'una vera e propria broncorragia. Se di fatto il sangue proveniva dall' apparato respiratorio, veniva in campo la duplice questione, cioè, da qual parte di esso sorgesse e qual fosse la indole dell'alterazione morbosa. Si cercava la sede e la natura del morbo. Già su questo proposito notai, come dal più accurato esame obiettivo, suffragato da diligenti e minute investigazioni anamnestiche, non resultasse alcun dato speciale, che mi potesse illuminare. E difatti dovevo pensare ad una ulcerazione o ad un epitelioma della laringe, a tubercolosi polmonare, ad ulcera per dato e fatto di ascessi nel parenchima polmonare, a gangrena, bronchiectasia ulcerosa ecc. Ma anche per tuttociò faceva difetto ogni fatto, che potesse ragionevolmente fissare l'attenzione colla veduta di venire a capo di una chiara diagnosi. Fra le cennate malattie quella, che più delle altre doveva, a mio credere, esser presa di mira sia per l'età della S. sia per il modo di esplicarsi della emottisi, sia infine per la mancanza di speciali prodromi e per i fenomeni

concomitanti, inerenti a ben chiare e palesi lesioni morbose, era la tubercolosi. Ed è a questa particolare affezione morbosa che posi ogni studio per appurarne la esistenza, ma le mie previsioni rimasero deluse, perchè non furono convalidate, nè confermate dalle relative indagini, rivolte a questo scopo. Queste indagini si riferivano alla storia anamnestica prossima e remota, alle attitudini ereditarie ed all'esame obiettivo. Orbene, l'anamnesi, rispetto al mio preconcetto, era completamente negativa, giacchè la S. non aveva mai sofferto di malattie di petto, tranne qualche leggiera trachitite durante la stagione invernale, e solo aveva sofferto una tosse secca ed insistente nel tempo delle emissioni del sangue, la qual tosse poi non aveva continuato, nè era stata seguìta da espettorazione sola o commista a grumi di sangue e su questo proposito di ricerche anamnestiche, è di una eccezionale importanza il fatto, che la S. dopo la emottisi provocata da me, mentre eseguìvo l'esame obiettivo, non ne ha più sofferto prima e dopo il parto ed anzi si è sempre mantenuta e si mantiene tuttora in uno stato della più florida salute. Ora ciò non si sarebbe verificato se la emottisi fosse dipesa da una vera e propria ulcerazione tubercolare, che già avrebbe fatto presentire lo stato grave ed avanzato della malattia. Nè la tosse secca, che accompagnava solo le emissioni del sangue, poteva interpretarsi nel senso di una particolare lesione polmonare, dacchè è ben facile comprendere come si attenesse esclusivamente alla irritazione, prodotta sulla muccosa dal sangue versato negli alveoli polmonari. Riguardo all'atavismo fu altrove notato, che mancava qualunque indizio di disposizione ereditaria per il morbo in discorso. I resultati dell'esame obiettivo erano ancor più validi nel persuadere sull'assenza completa dell'affezione tubercolare, imperocchè non resultò alcun segno, che potesse indirizzare ad una conclusione positiva; nè è da tener verun conto dei pochi rantoli avvertiti qua e là nell'ambito polmonare, perchè essi per la loro qualità ed ubicazione si attenevano (come è ben facile lo immaginare) esclusivamente ad un residuo di sangue, versato nell'atto delle pregresse emottisi. Difatti questi rantoli si riscontravano nell'ascoltazione praticata dopo le tre emottisi sofferte dalla S., mentre poi non fu possibile percepirli negli altri esami eseguiti dopo le epoche indicate. Se deve adunque porsi fuori di dubbio, che le emottisi non dipendessero da lesioni tubercolari del polmone, non meno che da lesioni della laringe, della trachea e dei

bronchi, rimaneva a stabilirsi, pur stando fermo il fatto della provenienza del sangue dell'apparato respiratorio e più specialmente dal parenchima polmonare, quale ne fosse stata la causa prima e diretta. Mi è piaciuto ricordare a larghi tratti le principali malattie solite a produrre una emottisi sol perchè, confrontando i sintomi ad esse pertinenti colla fenomenologia speciale riscontrata nel caso della S., si potesse con sicuro e retto giudizio eliminare ogni probabilità di errore nel formulare la relativa diagnosi. Gli attributi di ciascuna malattia sopracitata, in nulla consoni coi resultati dell'esame obiettivo della S. e coi dati anamnestici, poneva fuori di dubbio, che la emissione di sangue ripetutasi per tre volte, potesse dipendere da una malattia dell'apparato respiratorio o altrimenti da uno degli organi addominali soliti a provocarla ed a questa conclusione confortava eziandio il fatto ineccepibile della ripetizione del medesimo fatto nello eseguire le manovre per determinare lo stato e la posizione dell'utero gestante.

Cosicchè dovevasi spiegare una emottisi, di che appunto trattavasi, sorta per due volte coll'intervallo di circa un mese, e ripetutasi di nuovo nel comprimere le regioni ovariche. Se la emottisi si fosse manifestata solo una volta, mentre si esercitavano le indicate pressioni, si poteva pensare ad una mera accidentalità e fortuita concomitanza con altra causa occulta ed inesplicabile, ma il ripetersi della stessa emottisi per ben due volte dopo il rinnuovamento della medesima azione e le esplicite dichiarazioni della S., che confermava che le 2 precedenti emissioni di sangue avevano seguito a ripetute e forti pressioni esercitate sull'addome in relazione coi rapporti sessuali avuti col proprio marito, ci poneva di fronte ad un avvenimento così nuovo e di una così difficile interpetrazione, per cui era mestieri soprassedere per non incorrere in un avventato giudizio. Dopo aver passato in minuta rassegna le varie e più strane ipotesi e messe poi in rapporto coi resultati dell'esame obiettivo eseguito sulla S., e condotto colla più scrupolosa e severa precisione, e coi dati anamnestici raccolti con minuta e particolare insistenza, emergeva sempre più la grande difficoltà di trovare la via retta per giungere ad una soddisfacente spiegazione e tale, che, pure avendo un vero colore scientifico, potesse resistere ad una giusta e severa critica. Nel riflettere sulle risultanze delle ricerche anamnestiche e dell'esame obiettivo, l'unico fatto che avesse la virtù di rischiarare un poco la oscurità, da cui appariva

circondata la diagnosi, era, a parer mio, quello del manifestarsi la emottisi nello stesso tempo, in cui si premeva in corrispondenza delle regioni ovariche (1° esp.), e più particolarmente sulla sinistra (2° esp.). Ora, volendo assegnare il giusto valore a questo fatto, come d'altronde è necessario, dobbiamo ammettere che nell'esercitare una pressione nelle regioni ovariche, si venisse a produrre un'azione riflessa che ripercuotendosi sui capillari polmonari, vi generasse una paresi vasomotoria; e siccome d'altro canto è noto, come durante il periodo di gestazione sia notevolmente aumentata la pressione intravasale, ponendo in rapporto questo fatto comune colla paresi testè indicata, si avrebbero gli elementi necessari per determinare in modo razionale la vera causa. Questa è, secondo me, la migliore ipotesi che corrisponde alla imperiosa esigenza di formulare la diagnosi sulle precise e rigorose resultanze delle indagini anamnestiche e delle investigazioni cliniche.

Non posso d'altronde riferire le emottisi sofferte dalla S., a quella forma speciale di emottisi vicaria, che puossi verificare nelle donne gravide alla epoca della mestruazione, giacchè questo fatto nel nostro caso non fu confermato, facendo difetto la combinazione della epoca mestruale coi tempi, in cui si verificarono le dette emottisi. Onde non è in verun modo da discutersi la convenienza di tener conto di questa causa, quando essa non si può affatto applicare al caso nostro.

Ritengo di non essermi male apposto nel giudicare, che non riuscisse assolutamente inutile la pubblicazione di questo caso, primieramente, perchè non mi è stato possibile di rintracciare un fatto identico nella letteratura ostetrica e quindi può avere un certo interesse per la sua nuovità, secondariamente, perchè esso può servire agli specialisti di utile materia a dotte ed interessanti ricerche. Si è per questo che con lo enunciare la causa del fenomeno ho inteso soltanto di esporre modestamente la mia opinione, quale ho creduto più logica e conveniente, mentre tengo a notare, che sarò ben lieto se altri vorrà surrogarla con una migliore sotto il duplice riguardo scientifico e clinico.

Firenze, Novembre 1888.

COLLEGE OF SURGEONS OF EN

Pagarono la tassa di cooperazione pel 1888 i Signori: Dottori Fasola, Lauro, Vercelli, Postiglione e Professori Morisani e Fabbri.

Pagarono la stessa tassa pel 1889, i Signori: Dott. Vercelli e Professori Chiara e Fabbri.

Pagò l'abbonamento pel 1888 il Sig. Dott. Pallotta.

AVVISO

Si pregano quei Signori che intendono continuare l'abbuonamento pel 1889 a mandare al più presto i loro nomi per potere fare stampare le fasce con i relativi indirizzi.

22 FEB 89

ANNALI DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

SOMMARIO. — Del bacino infantile secondo le vedute odierne e delle forze trasformatrici. Comunicazione fatta al IV Congresso della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia dal Dott. VINCENZO LAURO. *Pag.* 529. — CASISTICA OSTETRICA. Dott. G. GELLI. *Pag.* 560. — RIVISTA. *Pag.* 566. — RIVISTA BIBLIOGRAFICA. *Pag.* 574.

REGIO ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI FIRENZE

diretto

DAL PROF. O. MORISANI

DEL BACINO INFANTILE SECONDO LE VEDUTE ODIERNE E DELLE FORZE TRASFORMATRICI

Comunicazione fatta al IV Congresso della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia

dal Dott. VINCENZO LAURO

Professore pareggiato di Ostetricia e Clinica Ostetrica nella R. Università di Napoli e Coadiutore straordinario nell'Istituto suddetto

SIGNORI,

L'anno passato m'ebbi l'onore di intrattenere il III° Congresso di questa Società con una nota preventiva *sulla forma e sulle dimensioni del distretto superiore nei bacini infantili.* Ora ritorno sul medesimo argomento, sia

perchè ebbi campo ancora di allargare il numero delle mie osservazioni, ed addivenire a conclusioni attendibili, sia perchè dopo d'avere accertato quale sia realmente la forma dei bacini della prima età, le modalità che esso può presentare e le cause a cui tengono, parmi valer molto la pena di fissare lo argomento da un punto di vista speciale e, secondo mio credere, molto importante. Voglio dire: discutere se le *forze trasformatrici* possono ancora spiegare la loro influenza sui bacini dell'infanzia, ovvero l'azione delle stesse rimane addirittura annullata dalle moderne vedute sulla costituzione delle pelvi infantili; vedute, che inspirandosi alla realtà dei fatti rilevati nelle più esatte condizioni di studio e di esperimento, possono scuotere dalle fondamenta la teoria della trasformazione del bacino infantile in quello della pubertâ.

Non voglio tesservi una lunga storia della pelvi dell'infanzia; devierei dalla traccia che mi sono imposto, e vi direi cose che conoscete benissimo; ricorderò soltanto a me stesso, che pria del cominciamento di questo secolo, il bacino in generale era poco conosciuto, ed i principali lavori pubblicati intorno a questo argomento, hanno trattato della forma e delle dimensioni della pelvi, arrivata al suo completo sviluppo. Trovasi in essi ben poco che abbia rapporto collo studio del bacino pria della pubertà.

E furono principalmente gli anatomisti quelli, che per i primi, stabilirono i caratteri del bacino infantile; e sono questi medesimi caratteri che troviamo descritti dagli autori che in quell'epoca scrivevano sull'arte del partorire.

Infatti, il Bichat (1), nel suo libro d'anatomia descrittiva, studia il bacino dell'infanzia sotto il rapporto del suo sviluppo, e presenta delle differenze molto marcate fra quello del feto, dell'adulto e del vecchio. Ci mostra invero

(1) Bichat. *Traité d'anatomie descriptive*, Paris 1801, t. I, pag. 205.

nel bacino del neonato il suo debole sviluppo generale, paragone fatto colle altre parti, dal che la sporgenza del ventre presso i bambini; e nel bacino medesimo il difettivo sviluppo della piccola pelvi relativamente alla grande. Per quello che riguarda poi le dimensioni del piccolo bacino istesso, a pag. 206 del tom. 1° dice: « fra i diametri orizzontali, i traversi che misurano la « sua larghezza, sono proporzionatamente molto più ri- « stretti che gli altri » e più oltre ancora continua: « il « diametro d'avanti indietro, che misura la sua lunghezza, « pare più lungo; la qual cosa dipende in parte dalla bre- « vità del precedente, che noi paragoniamo a questo, la « qual cosa è reale sino ad un certo punto.

Ammette poi che l'inclinazione del bacino infantile sia molto esagerata, inclinazione che perfino dal Camper fu ritenuta quasi parallela alla colonna vertebrale: il Velpeau (1) però già fece notare la inesattezza di questa opinione, ed oggi non avvi chi possa più ritenere simigliante idea.

Gardien nel 1816 e Capuron nel 1823 (2), seguiti da Jaquemier (3), dal Litzmann (4), da De Fremmery ed altri moltissimi, improntano da Bichat i caratteri del bacino infantile e ritengono, che pria dei mutamenti indottivi dalla pubertà, il diametro sacro-pubico del distretto superiore è più esteso del trasverso e che quest'ultimo, all'epoca di queste trasformazioni, sembra allungarsi a spese del diametro antero-posteriore.

Moreau (5), Dupuytren e Cruveilhier (6) dicono e ritengono altresì che il diametro sacro-pubico sia più lungo

(1) Velpeau. *Traité de l'art des accouchements*, Paris 1835, t. I, pag. 26.
(2) Capuron. *Cours teorique et pratique des acconchements*. Paris 1823.
(3) Jacquemier. *Manuel d'accouchements*, 1846.
(4) C. Litzmann. *Die formen des Beckens*, § 5.
(5) Y. Moreau (de la Sarthe). *Histoir de la femme*, 1803, t. I, pag. 99.
(6) Cruveilhier. *Anatomie descriptive*.

del trasverso; anzi il primo fra questi autori riferisce altresì che pria della pubertà, lo sviluppo non è ancora completato. « E come può agevolmente osservarsi, « egli dice, il camminare, il correre delle bambine è così « meno incerto, meno vacillante, senza poterla attribuire « totalmente alla conformazione propria della donna inte- « ramente sviluppata e vicina a compiere le funzioni spe- « ciali al suo sesso. In quest'altro periodo della vita, dopo « la pubertà, il bacino subisce dei grandi cangiamenti; « la sua circonferenza, prima triangolare, si arrotondi- « sce; il suo diametro trasverso addiviene in conseguenza « più grande che nell'uomo, ed in generale, questo ap- « parecchio osseo presenta allora la conformazione, che « distingue il bacino della donna da quello dell'uomo.

Vigendo ancora queste idee, in epoca a noi più vicina ebbe a scrivere il Gardien (1) « che le osservazioni del Dupuytren, provano che pria della rivoluzione prodotta dalla apparizione della pubertà, il diametro sacro-pubico del distretto superiore è più allungato del diametro trasversale, e che al tempo di questi profondi mutamenti, quest'ultimo sembra allungarsi a spese del diametro sacro-pubico. Moreau nella sua *Storia naturale della donna*, riporta che questi cangiamenti osservati da Dupuytren nel bacino delle fanciulle, comparato a quello della donna adatta alla gestazione ed al parto, sono confermate da analoghe osservazioni fatte da Dupuy, Professore della Scuola di Alfort, le quali tendono a provare che il bacino delle femmine dei grandi quadrupedi, non acquista egualmente, che al momento della pubertà, la forma e le dimensioni necessarie per l'espulsione del feto. »

Capuron (2) consacra al bacino di questa età i medesimi caratteri, e nota specialmente come esso diversi-

(1) Gardien. *Traité complete des accouchements*, Paris 1816, t. I, pag. 21.
(2) Capuron. Op. cit.

fichi dallo adulto appunto, per la sua maggiore lunghezza diretta nel senso d'avanti indietro.

Insistono poi principalmente sul restringimento trasversale dei bacini infantili il Duncan (1) ed il Burns (2): anzi questi assicura, che se una donna addiventa madre molto per tempo, la forma del bacino e le dimensioni dello stesso possono occasionare un travaglio lungo e penoso. Egli infatti, ligio alle idee del Bichat, studiò lo sviluppo del bacino su pelvi di donne da 9 a 18 anni, d'età e dietro le sue ricerche stabilì il modo di accrescersi del bacino pria dell'età adulta (3) e stabilì: che a nove anni comincia veramente lo sviluppo del bacino adulto, ed è a quest'epoca che si producono le modificazioni proprie al sesso femminile od al maschile.

Le quali modificazioni, riconoscerebbero per causa innanzi tutto lo sviluppo del sacro, e poi la pressione del tronco, secondo le importanti teorie di Hubert di Lovanio (4) e del Freund (5) sulle condizioni meccaniche dello sviluppo del bacino.

Il Wood (6) aggiunge come nota caratteristica della pelvi di questa età una tendenza al parallelismo fra le pareti della medesima; ed il Campana (7), esprimendo

(1) Math Duncan. *Researches in Obstetric.*, Edimburg 1868.

(2) Y. Burns. *Principles of midwifery* (trad. en Fran.), 1837, pag. 16.

(3) Ecco il risultato delle ricerche del Burns ed il modo come, secondo lui, si accresce il bacino della prima età.

ETÀ	DIAM. ANT. POST.	DIAM. TRASV.
anni 9	7	7
» 10	8	8,5
» 13	8	9,5
» 14	9,50	10
» 18	9,75	11,5

Lo sviluppo perfetto adunque del bacino non sarebbe completo che a 18 anni, cioè a dire, alla completa evoluzione ed al saldamento completo dei diversi punti ossei del bacino.

(4) Hubert de Louvain. *Memoires de l'Académie royale de medicine de Belgique.* Meccanisme du bassin, 1857, t. IV, pag. 16.

(5) Freund. *Monak f. Geb.*, Berlin 1859, vol. XIII, pag. 202.

(6) Wood. *Tood's cyclop. of anat. supplem.*, pag. 135.

(7) Campana. *Dict. encyclop. de sciences med.*, art. Bassin, t. VIII.

le idee, nei suoi tempi predominanti, non differisce dai precedenti ed ammette che le differenze di sessualità non compariscono che all'epoca della pubertà soltanto, rimanendo perfettamente simili pria dello sviluppo delle funzioni sessuali, aggiungendo altresì che il diametro sacro-pubico possa superare il trasverso da 6 a 12 mm. Nel quale carattere, non è mancato chi abbia voluto riscontrare la impronta della inferiorità antropologica, od addirittura dell'animalità.

Il Depaul (1) anch'egli ritiene normale nel bacino infantile ben conformato la estensione maggiore del diametro antero-posteriore sul trasverso, ammettendo altresì, che il distretto superiore ha la forma d'un ovale allungato, col suo maggiore diametro diretto d'avanti indietro: la qual cosa ei prova descrivendo un bacino infantile conservato nel Museo d'Anatomia di Parigi. L'Inverardi (2) occupandosi incidentalmente del bacino della prima età, accetta le idee in allora vigenti ed il Negri (3) anch'egli misurò alcuni bacini infantili esistenti nella ricca raccolta della Maternità di Milano, ottenendo come risultato, estensione maggiore del diametro antero-posteriore sui trasversi.

Il Reveil (4), volendo conoscere esattamente le dimensioni del bacino infantile, studiò quattro pelvi di bambine dalla nascita a 12 anni ed arrivò al risultato, che il diametro antero-posteriore è sempre più esteso del trasversale da mm. 3 ad 11.

Dirò via facendo le ragioni per le quali tutti gli autori, che si occuparono direttamente della misurazione delle pelvi infantili, furono indotti a ritenere normali i risultati delle loro osservazioni.

(1) Depaul. *Sur une mal. spec. du sist. osseaux ecc.* Archivet de Tocologie 1877.
(2) Inverardi. *Descrizione di un bacino cifotico,* Annali di Ost. e Gin., 1881.
(3) Negri. *Di un bacino cifotico con carie ileo-femorale,* Annali di Ost. e Gin., 1882.
(4) Reveil. *Du bassin generalement rétréci,* These de Paris 1882.

Io medesimo, nel mio lavoro *Contribuzione allo studio del bacino cifotico* (1), accettai come esatti i caratteri sin allora ritenuti per veri, parendomi non tanto facile nè senza osservazioni personali o più numerose di quelle esistenti, potersi rovesciare i caratteri ed i criterii anatomici, della pelvi di prima età, che avrebbero con sè trascinata la teoria della trasformazione del bacino infantile in pelvi adulta; teoria e caratteri, che per tanti anni eransi mantenuti in onore, sostenuti da anatomisti ed ostetrici insigni, non ostante che mi sarebbe stato più comodo, per dimostrare l'assunto propostomi, l'accettare, come fatto certo, le nuove idee.

Lo Schröder però, che così vasto contributo aveva portato alle scienze ostetrico-ginecologiche, fu il primo che nel 1874 (2) intravide la rivoluzione scientifica in quest'ordine di idee. Egli infatti afferma: che al distretto superiore nei bacini dell'infanzia, la coniugata vera è tanto estesa, presso a poco, quanto il diametro trasversale, ed *eccezionalmente* anche più lungo. Ciò egli affermava in tempo, in cui la grandissima maggioranza degli autori ritenevano, esistere un predominio molto marcato del diametro antero-posteriore sul trasverso, sol perchè egli si metteva in più esatte condizioni di osservazione.

Ed è collo Schröder precisamente che comincia il periodo di reazione alle antiche idee, periodo molto recente, che menò a risultamenti tutt'affatto diversi dai primi, dando ai bacini dell'infanzia caratteri differenti da quelli che gli si riconoscevano innanzi.

Il Fehling infatti (3), seguìto dal Hennig in Alemagna, (4) dal Balandin in Russia (5) e dal Turquet

(1) Lauro. *Contribuzione allo studio del bacino cifotico*, Annali di Ost. e Gin. anno 1887.
(2) Schröder. *Lehrbuch der Geburtschilfe*, Bonn. 1874.
(3) Fehling. *Archiv. für Ginaekologie*, Bd. X, heft. 1.
(4) Hennig. *Archiv. für Anat. und phisiol.*, 1880.
(5) Balandin. *Klinische vortrage aus dem Gebiete der Geburtshülfe und Ginack.*, Saint-Pétersburg 1880.

in Francia (1) fecero esatte e numerose ricerche sulla forma e sulle dimensioni del bacino infantile; anzi quest'ultimo, che se ne occupò assai seriamente ed estesamente, potè a pieno riconfermare i risultamenti dei primi, e dimostrare come avesse ben ragione nella sua affermazione il Prof. Schröder.

Pria di procedere oltre però, parmi necessario il dire, che questi autori i quali gettarono le basi delle nuove vedute, osservarono i bacini allo stato fresco; ovvero curarono in varia guisa di disseccarli in maniera da non far loro perdere i caratteri dello stato fresco (2). Aggiungerò anzi che il Turquet, allievo del Pinard, segue perfettamente la pratica del suo maestro per rilevare con esattezza massima, non solo le dimensioni ma altresì la forma dei bacini esaminati, servendosi all'uopo di lamine di piombo ed esaminando i bacini allo stato fresco.

Or bene: riassumerò, diciam così, in aforismi gli importanti risultati delle loro ricerche, dai quali come si vede le antiche vedute sono fondamentalmente cangiate. Il bacino infantile, essi concludono, contrariamente a quello che era fin allora ritenuto, avrebbe al distretto superiore un predominio del diametro trasversale sull'antero-posteriore, predominio che a cominciare dal decimo anno di età, aumenterebbe molto meno nei maschi anzichè nelle femmine.

La forma del distretto superiore medesimo, sarebbe differente alquanto a seconda del sesso nell'età infantile;

(1) Turquet. *Du bassin infantile considèré au pointe de vue de la forme du détroit supérieur et du rapport de ses diametres*, Paris 1884.

(2) Questi metodi di conservare i bacini infantili coi caratteri normali furono diversi: accennerò qui soltanto che il Fehling è solito tenerli immersi nell'alcool diluito e che il Balandin adopera un mezzo più complesso e più lungo. Egli, invero, dopo di avere spogliato il bacino delle parti molli e del periostio, ne mette le ossa nel gesso, ritirandonele solo a capo di 3 mesi, quando esse si sono completamente disseccate, allorchè egli poi le impecola di uno strato d'una certa spessezza di gomma lacca.

un po' ovale trasversalmente presso le bambine, triangolare alquanto presso i maschi.

Nei bacini normali dee ritenersi eccezionale la inferiorità del diametro trasverso sull'antero-posteriore.

Nei bacini patologici, cioè quelli sviluppati sotto la influenza della sifilide ereditaria, del rachitismo e, qualche volta, della tubercolosi, trovansi impronte speciali: la sifilide produce un forte accorciamento dei diametri trasversali; la tubercolosi induce anch' essa un' abbreviazione del diametro trasverso, meno apprezzabile però della sifilide; il rachitismo invece produce restringimento d'avanti indietro.

Ecco in che stato trovasi la questione della costituzione e forma del bacino infantile, e voi facilmente scorgete come il modo di vedere intorno ai medesimi sia oggi tutt'affatto differente da quello di pochi anni or sono, ed a me parve meritar la pena di occuparmi al riguardo per allargare il numero delle osservazioni ed apportare così il mio qualsiasi contributo in argomento tanto nuovo.

Non volli però abbracciare l'argomento in tutta la sua estensione, voglio dire occupandomi dei due distretti e dello scavo pelvico: ciò fece il Turquet con molta competenza; dal canto mio volli studiare la questione dal lato più importante, cioè quello che riguarda il distretto superiore, onde i resultati che verrò man mano esponendo spettano precisamente all'orifizio d'ingresso dell'escavazione pelvica dei bacini della infanzia.

Ed ora posso presentarvi riuniti in *tabella* i risultati numerici delle mie osservazioni, ove trovansi segnati uno accanto all'altro tutti i diametri pelvici misurati, non che le differenze esistenti fra i diametri P. s. p. (promonto-sopra-pubico), S. u. (spazio utile), paragone fatto col trasverso. Segnai ancora, quando mi fu possibile conoscerlo, le particolarità rispetto alla donna: curai sempre di notare le particolarità del bacino esaminato.

F

N. D'ORDINE	ETÀ DEL FETO	SESSO	Pelvimetria esterna (1)				Pelvimetria interna (2). Distretto				
			C. e.	B. c. i.	B. s. i. a. s.	B. t.	P. s. p.	S. u.	O. d.	O. s.	T. a.
1.	di 2 mesi	Masch.		79	76		34	31	35	35	36
2.	di 20 giorni	Femm.		59	56		30	27	30	30	28
3.	di 4 giorni	Masch.		66	62		27	23	31	31	29
4.	di 6 mesi	Femm.		81	77		43	37	42	42	39
5.	di 2 anni	»		111	104		57	50	55	55	59
6.	di 2 mesi	Masch.		63	61		32	29	32	32	31
7.	di 8 giorni	»		77	72		39	32	36	36	34
8.	di 2 mesi	Femm		64	60		34	30	34	33	30
9.	fine dell'8° m.	Masch.	42	66	64	75	29	23	29	29	27
10.	metà del 9° m.	»	53	74	74	87	34	30	35	35	34
11.	a termine	»	50	73	68	86	31	25	32	32	31
12.	circa al 7° m.	»	30	59	58	65	24	16	25	24	25
13.	a termine	»	52	80	76	88	34	30	36	36	33
14.	a termine	Femm.	45	68	65	81	28	24	30	30	30
15.	fine dell'8° m.	Masch.	40	60	56	73	21	18	27	28	27
16.	8° mese	Femm.	35	50	45	65	25	21	26	26	25
17.	a termine	Masch.	42	78	75	84	32	25	32	32	30
18.	a termine	»	57	81	78	88	37	31	33	33	28
19.	7° mese comp.	Femm.	40	57	51	70	23	19	26	26	23
20.	a termine	Masch.	49	72	70	89	31	26	34	34	30
21.	a termine	Femm.	54	37	70	78	32	27	32	32	29
22.	a termine	Masch.	55	80	74	94	23	28	39	39	36
23.	fine del 7° m.	»	45	66	65	72	29	24	30	30	27

Vedi note in calce al prospetto in continuazione alle pagine seguenti

MINATI

enza ametro rso e . p.	Differenza fra Diametro trasverso e s. u.	CONFORMAZIONE DELLA DONNA	PARTICOLARITÀ DEL BACINO FETALE	*OSSERVAZIONI*
4	+ 7	Ignota	Ben conformato	
2	+ 5	»	»	
4	+ 8	»	»	
2	+ 8	»	»	
5	+ 12	»	»	
2	+ 5	»	»	
3	+ 4	»	»	
2	+ 6	»	»	
1	+ 7	Ben conformata	»	Feto nato per evoluzione spontanea
2	+ 6	Rachitica	Articolazioni grosse	
3	+ 9	Ben conformata	Ben conformato	Feto premorto
3	+ 11	»	»	Feto alquanto macerato
2	+ 6	»	»	Feto nato per la faccia asfittico
5	+ 7	Rachitica molto deformata	Apparentemente ben conformato	Donna morta senza partorire, feto estratto all'autopsia
9	+ 12	»	Caratteri rachitici, appiattimento ant. post.	Vedi mia memoria *Della rachitide endouterina.* Annali di Ost. e Gin.
2	+ 6	Ben conformata	Ben conformato	
—	+ 7	»	»	
5	+ 1	»	Appiattimento laterale	Feto estratto mediante applicazione del forcipe sulle natiche, morto per rottura ed emorragia della capsula surrenale destra.
3	+ 7	»	Ben conformato	
3	+ 8	Lieve appiattimento pelvico	»	
2	+ 3	Donna rachitica	»	
6	+ 10	Rachitica	»	
1	+ 6	Ben conformata	»	

F

N. d'Ordine	Età del feto	Sesso	Pelvimetria esterna (1)				Pelvimetria interna (2) Distretto s				
			C. e.	B. c. i.	B. s. i. a. s.	B. t.	P. s. p.	S. u.	O. d.	O. s.	T. a.
24	a termine	Masch.	55	80	78	92	35	28	37	37	34
25	7° mese	»	35	56	52	57	26	24	24	23	20
26	7° mese comp.	»	41	61	53	75	24	20	27	27	24
27	di 7 giorni	Femm.	45	68	65	85	32	26	31	31	29
28	di 3 giorni	»	50	72	70	80	28	25	32	32	30
29	a termine	»	50	75	73	80	29	27	33	33	31
30	fine del 6° m.	»	45	53	51	60	25	20	25	24	23
31	di 7 giorni	»	55	63	68	85	30	27	31	31	26
32	a termine	»	50	72	72	85	34	30	35	35	30
33	8° mese	Masch.	50	65	65	70	33	25	32	32	28
34	a termine	»	55	75	69	95	35	30	35	35	31
35	di 3 mesi	»	60	85	80	105	43	37	37	37	31
36	a termine	»	55	75	70	85	33	28	33	33	31
37	7° mese	Femm.	38	55	52	62	22	18	24	24	24
38	a termine	Masch.	59	75	70	85	26	22	33	33	27
39	di 10 giorni	»	57	70	65	82	26	23	30	30	27
40	di 4 giorni	Femm.	52	70	70	90	35	29	30	30	24
41	di 3 giorni	»	47	69	72	85	34	27	32	32	27
42	8° mese	Masch.	50	60	55	70	28	23	28	28	20
43	a termine	»	53	75	68	85	35	29	32	32	28
44	a termine	»	50	85	80	85	32	26	32	32	27
45	di 2 giorni	Femm.	50	70	75	85	30	22	30	30	27

(1) La pelvimetria esterna fu presa col *craniometro del Budin* e colla precisione compatibil detto istrumento, sempre cercando di stabilire esattamente i punti di ritrovo. I diametri ril che nelle singole colonne portano le sole lettere iniziali, furono (C. e) la *Coniugata esterna*, (B il *bicresto-iliaco*, (B. s. i. a. s.) il *bispina-iliaca-anteriore superiore*, (B. t.) ed il *bi-trocanterico*.

Non voglio ora occuparmi di considerazioni speciali sui risultati della pelvimetria esterna, cialmente della esistenza o meno di relazione fra le estensioni diametriche esterne e le int nè se vi esistono per caso nell'età infantile le medesime relazioni fra pelvimetria inter esterna, forse in altra occasione potrò ritornare sul detto argomento.

(2) La pelvimetria interna fu in questo caso rilevata colla massima esattezza a mezzo di chini di legno come io soglio fare, sempre che si tratti di misurare bacini infantili (vedi *C buzione allo studio del bacino cifotico*. (Annali di Ost. e Gin. 1886 e 1887). Le iniziali poi segna ciascuna colonna per dinotare i diametri rilevati, dicono: (P. s. p.) *promonto-sopra-pubico*, (*spazio utile*, (O. d. ed O. s) *obliquo destro e sinistro*, (T. a.) *tr sverso ante iore*, (T. p.) *trasverso poste*

MINATI

enza metro so e p.	Differenza fra Diametro trasverso e s. u.	CONFORMAZIONE DELLA DONNA	PARTICOLARITÀ DEL BACINO FETALE	*OSSERVAZIONI*
1	+ 8	Statura bassa ma stenosi pelvica inapprezzabile	Ben conformato	
3	— 1	Donna sifilitica	Appiattimento laterale	Feto premorto non macerato
3	+ 7	Ben conformata	Ben fatto	Feto estratto col rivolgimento
2	+ 8	Ignota	»	
4	+ 7	»	»	
5	+ 8	»	»	
2	+ 7	Ben conformata	»	Donna anasarcatica per cirrosi epatica
	+ 3	Ignota	»	
	+ 5	»	»	
2	+ 6	Ben conformata	»	Donna eclamptica
	+ 5	»	»	
7	— 1	Ignota	Appiattimento laterale	*Feto sifilitico*, come rilevavasi dall'atto di morte del Brefotrofio
9	+ 5	Ben conformata	Ben fatto	
	+ 8	Rachitica	»	
5	+ 10	Ignota	»	
	+ 7	»	»	
	+ 8	»	»	Feto con piedi valghi a grado molto avanzato
3	+ 4	»	»	
	+ 6	»	»	
	+ 4	Rachitica	»	
	+ 6	Ben conformata	»	
	+ 10	Ignota	»	

pazio utile è quel diametro prettamente utile, che segna lo spazio minimo di cui si può e per attraversare il bacino; diametro il quale partendo dal sito più sporgente della interna della sinfisi pubica, va a cadere ordinariamente e verso la fine del corpo del primo del sacro o principio del secondo.

dei necessario rilevare in due punti distinti i diametri trasversi, perchè veramente mi che facendo diversamente si può incorrere in errore. Infatti se si piglia la estensione rsale del distretto superiore, là dove corrispondono le due metà delle linee innominate, non ene la misura massima, la quale corrisponde nei bacini di questa età alquanto più in- cioè in vicinanza delle diartrosi sacro iliache, onde denominai la prima misura T. a. e onda T. p., parendomi assai utile il segnarle ambedue onde ottenere in ultima analisi non stensione netta trasversale a seconda del sito che si misura, ma altresì e più ancora, la qual rò meglio in prosieguo, dimostrando come il bacino infantile nel diventare bacino di donna sposta in avanti i primitivi punti di ritrovo per segnare la massima estensione trasversale.

Pria di procedere oltre è necessario che io dica aver osservati i bacini in parola sempre allo stato fresco e, per quanto il potei, sempre in epoca meno lontana possibile dalla loro morte: anzi, acciocchè non vi fosse stata azione estranea che avesse potuto agire modificando la naturale forma delle ossa, mantenni sempre i piccoli cadaverini in largo bagno di acqua antisettica, perchè scemando così il peso del corpo di quanto è la massa d'acqua spostata, esso potesse tenersi quasi sospeso nel liquido. Alcune volte poi, pel tempo che mi fu forza conservarli, li tenni sospesi pei piedi o per le braccia ed avvolti in panno bagnato in soluzione antisetica, seguendo così il consiglio datomi dai Professori Mangiagalli e Romiti al Congresso di Genova (1).

Per ottenere colla massima esattezza possibile le misure diametriche, dopo d'avere ampiamente aperto l'addome ed asportato il pacchetto intestinale, denudai sempre diligentemente delle parti molli il grande ed il piccolo bacino, fissai i punti di ritrovo e, come è mio solito di eseguire, rilevai le diverse estensioni diametriche a mezzo di stecchetti di legno, che poi misuro con esatta divisione a centimetri e a millimetri (2).

(1) V. *Atti della Società Italiana di Ost. e Gin*, vol. I, pag. 223 — ovvero — *Annali di Ost. e Gin.*, 1887, n. 4, 5, 6, pag. 159.

(2) A poter conservare questi bacini coi caratteri dello stato fresco, io pensai di rivestirli d'uno strato di vernice dopo d'averli denudati di tutte le parti molli e di averli tenuti per alcune ore in alcool. Dirò subito che il mezzo da me adoperato non riuscì allo scopo, nè meriterebbe che me ne occupassi, se non mi paresse degno di nota il risultato a cui mi menò. Ben rivestiti adunque di spesso strato di vernice, i piccoli bacini, per un certo numero di giorni parvemi che volessero ben conservare la loro primitiva forma; col progredire del tempo però poco per volta, senza subire macerazione di sorta, ma per semplice disseccamento, tutte le parti cartilaginose si avvizziscono, si rattrappiscono e la forma primitiva ne rimane profondamente alterata presentando i diametri invertiti affatto nelle loro estensioni diametriche: bacini che io conservo ancora nel Museo dell'Istituto. Su ciò però debbo ritornare più estesamente via facendo.

Cercai altresì di conservarli col metodo di Fehling, ma le parti cartilaginee si macerarono e dopo qnalche giorno essendosi completamente disfatte, invece che bacini, trovai un piccolo ossuario, composto da diafisi femorali e da diversi nuclei di ossificazione delle varie ossa della pelvi. Quelli che subirono tal sorte son quelli segnati dal n. 14 al 17.

Inoltre, pria d'entrare a tener parola dettagliatamente di ciascun diametro e del loro valore relativo, mi pare importante tenere in gran conto una osservazione che credo trovi qui il suo posto naturale. Voglio dire cioè, che è importante stabilire con quale estensione trasversale è necessità paragonare l'antero-posteriore per ottenere il risultato vero ed esatto; intorno alla qual cosa ecco il mio mo' di vederla. Se si voglia ottener la misura trasversale d'un bacino adulto, certo è che si misurerà quella estensione che intercede fra le metà delle linee innominate: cosiffatta misura, che è pure diametro della circonferenza dello stretto superiore, rappresenterà il punto del massimo allontanamento fra le linee innominate: qualunque altra misura trasversale potrà pigliarsi, sarà sempre per lunghezza, a questa inferiore. È dunque alla linea più lunga trasversale cui sul bacino adulto, ben conformato o deforme che esso sia, va confrontato l'antero-posteriore, nella valutazione della reciprocità dei rapporti di loro estensione. Ed è certo ed evidente altresì, che anche alla maggior estensione trasversale uopo è paragonare l'antero-posteriore dei bacini infantili, allorchè si voglia ottenere un esatto apprezzamento delle estensioni relative dell'uno e dell'altro.

Nei bacini della prima età però, non è dal mezzo di una linea innominata al punto omonimo del lato opposto che dee pigliarsi questa misura: in detti punti corrisponde una linea-diametro che non è la più estesa, linea che nelle misure da me presentate segnai colle lettere T. a. (trasverso anteriore). Ad ottenere la massima estensione trasversale di questi bacini, uopo è andare più indietro, in

Il modo migliore come conservarli inalterati, nulla potendo dire del metodo del Balandin, perchè non tentato, come può notarsi in molti bacini ancora da me conservati nello stesso Museo dell'Istituto, è quello di tenerli in *alcool rettificato:* si conservano così perfettamente ed inalterati nella loro forma.

molta vicinanza delle articolazioni sacro-iliache, fra i quali punti intercede una linea, che non rappresenta più un diametro nel pretto senso della parola, ma la corda che sottende un arco, fatto in massima parte dalla faccia anteriore del sacro; corda alla quale sembrami molto più logico paragonare il diametro antero-posteriore e che nelle misure da me presentate, distinsi colle lettere T. p. (trasverso posteriore).

Or bene: diligentemente esaminati i 45 bacini infantili, 13 dei quali si appartenevano a feti prematuri dal 6° al 9° mese non completo della vita endouterina e 32 a bambini dal termine della gestazione al secondo anno d'età, rinvenni nei primi 11 volte il diametro trasverso più lungo dell'antero-posteriore d'una estensione variabile fra 1 e 9 mm. in 7 maschi e 4 femmine: due volte soltanto osservai il diametro antero-posteriore più lungo del trasversale. Uno dei feti però era sifilitico (n. 25).

Bisogna però io faccia notare, che fra gli undici feti con bacini prevalenti nelle loro dimensioni trasversali, ne van compresi tre, partoriti da donne rachitiche (n. 10, 15 e 37); due degli stessi però non mostrano traccia del vizio materno, l'altro (n. 45) ne possiede tutti i caratteri; esso segna 21 mm. nel diametro promonto-soprapubico, 18 di *spazio utile* e 30 nel senso trasversale (1). Gli altri due presentano 2 e 4 mm. di prevalenza nel diametro trasversale: vedremo più innanzi a quale importante considerazione si prestano dette misure; per ora continuiamo l'analisi.

Nei 32 feti a termine od oltre, 21 volte il diametro trasversale fu più esteso dell'antero-posteriore da 1 a

(1) Dissi a seconda delle diverse età, perchè a misura che il bacino cresce, e, come meglio accennerò in prosieguo, il promontorio si rende più sporgente, lo estremo posteriore della linea sacro-pubico-minima, si eleva sempre di più, fino a che, a bacino perfettamente sviluppato, si confonde, *quasi*, colla C. V.

6 mm., in 10 maschi ed 11 femmine; cinque volte rinvenni eguali fra loro le due estensioni diametriche, in 4 maschi ed 1 femmina; infine sei volte il diametro antero-posteriore fu più lungo del trasversale, in 3 maschi e 3 femmine.

È necessità però tener presente, che tra questi ultimi uno solo era sifilitico (n. 37), un altro venne estratto, presentandosi per la pelvi incompleta, mediante il forcipe (n. 18), un terzo era affetto da doppio piede varo (n. 41) e degli altri 3 non si conoscono particolarità relative alle madri, nè la ricerca anatomo-patologica fu tanto minuta, da far scartare senza scrupolo qualunque affezione nel feto.

Debbo altresì insistere per un momento e riportare l'attenzione sulle pelvi segnate ai n. 21 e 43 in cui si può notare come, non ostante che i feti provenissero da donne rachitiche, nelle misure del bacino si ottenne una minore estensione di mm. 2 del diametro trasverso, paragone fatto coll'antero-posteriore.

Cosicchè, sommando tutto e scartando pel momento l'influenza dei processi patologici, posso dire che dei 45 bacini misurati, 32 avevano il diametro trasverso più lungo dell'antero-posteriore d'una quantità variabile tra 1 e 9 mm. (17 maschi e 15 femmine): in 5 rinvenni i due diametri perfettamente eguali (in 4 maschi ed 1 femmina): in 8 infine il diametro antero-posteriore era più lungo del trasversale (in 6 maschi e 2 femmine).

Può dirsi adunque che circa tre quarti del numero totale dei bacini esaminati da me, mostravano prevalenza nelle estensioni trasversali, essendo compresi nei rimanenti quelli a forma circolare e quelli che o per anomalia o perchè sviluppati sotto l'influenza di processi patologici, mostrarono prevalenza nelle estensioni antero-posteriori.

Parrebbe chiaro adunque, essendo il mio dire basato su calcoli numerici, potersi ritenere come regolare e normale la prevalenza del diametro trasverso sulla estensione

dell'antero posteriore anche nei bacini infantili, mentre che son da ritenersi eccezionali o patologici quelli che presentano questi due diametri eguali, od una prevalenza dell'antero-posteriore.

Ma io voglio anche non servirmi assolutamente della grande maggioranza dei primi, e mi piace riunirli tutti in un fascio solo, per stabilire le medie dei due diametri: ebbene, così facendo, pel diametro promonto-soprapubico, si otterrà una media di mm. 31,4 mentre che pel trasverso avremo 32,7: anche la misura media adunque, presa su tutti, ci dimostra la prevalenza in ogni caso del diametro trasversale sull'antero-posteriore.

Ciò però non è tutto, nè mi sembra assolutamente esatto il modo di vedere fin qui esposto, poichè molto volentieri son indotto a ritenere che non è al diametro promonto-soprapubico, cui bisogna paragonare il trasverso, per valutarne i reciproci rapporti di estensione, ma ad un altro diametro, logicamente e praticamente più esatto, a quello, cioè, che io chiamai *spazio utile* e che al Turquet piacque denominare *diametro sacro-pubico-minimo.*

Questa linea-diametro infatti è essa quella che rappresenta, fra i diametri antero-posteriori, il meno esteso del bacino; ed è essa precisamente quella che bisogna tenere in massimo conto come termine di paragone, essendo che qualunque altro diametro di questo maggiore, è fornito d'importanza assai secondaria nella valutazione della reciprocità di estensione nei diametri pelvici di qualunque età, massime di quella infantile.

Così facendo non instituisco un metodo di comparazione di opportunità, nè temo di cadere in sottigliezza, ma seguo precisamente il metodo più razionale da un lato, dall'altro mi uniformo a capello a quello tenuto nella misurazione e valutazione dei bacini adulti, coi quali vogliamo comparativamente studiare quelli della infanzia.

In vero al distretto superiore nelle pelvi pubere, la C. V. rappresenta con moltissima approssimazione lo spazio prettamente utite del bacino: qualunque altro diametro, specie al distretto d'entrata e nella metà alta della escavazione, è sempre a questo superiore; pur sapendo che al distretto di egresso vi sono, è vero, estensioni diametriche eguali presso a poco alla C. V., ma minori certamente no nei bacini normali. Se dunque è col diametro antero-posteriore-minimo che va paragonato il trasverso nei bacini adulti, logicamente e per un equo paragone, è necessità comparare il diametro trasverso della pelvi infantile altresì allo *spazio utile.*

Il quale in queste è segnato da una linea, che non seguendo il piano del distretto superiore, ma formando con questo un angolo aperto indietro, parte dal margine superiore della sinfisi pubica e va ad incontrare la faccia anteriere del sacco più o meno al di sotto dell'articolazione sacro-vertebrale a seconda della diversa età (1).

È adunque a questo diametro, che più giustamente e logicamente deve essere comparato il trasverso per notare la prevalenza reale a chi spetti. Ebbene: considerando la cosa precisamente in questi termini, vediamo, che dei 45 bacini esaminati, due soltanto presentano il diametro trasverso meno esteso dell'antero-posteriore, cioè prevalenza reale della estensione del diametro antero-posteriore, mentre che in tutti gli altri il diametro trasversale fu sempre superiore d'una estensione variabile fra mm. 1 a 10. Bisogna però tener presente che i due fetini di cui accennai, erano ambedue sifilitici (n. 25 e 35).

Che se volessimo, seguendo la via tenuta innanzi e scartando addirittura la media del diametro promontopubico, come poco esatta e niente rispondente alla ve-

(1) Per maggiori dettagli vedi il mio lavoro intitolato: *Della rachitide nella vita endouterina.* Annali di Ost. e Gin. 1887.

rità del fatto, paragonare i mm. 32,7 qual media del diametro trasverso, coi 26,5 media dello *spazio utile*, la prevalenza delle dimensioni trasversali dei bacini infantili diventa ancor più chiara, e le cifre da me ottenute, rappresentano la media del rapporto diametrico dei bacini infantili da me studiati.

Qui mi pare cada in acconcio, dire poche parole della probabile ragione per cui gli antichi ritennero idee diverse sulla forma e rapporti diametrici di questi bacini. Se infatti si desse uno sguardo alle pelvi infantili da me preparate e conservate nel Museo della Clinica di Napoli, al certo si noterebbe come la forma del distretto superiore sia d'un ovale allungato d'avanti indietro e che il diametro antero posteriore è di molto più lungo del trasverso. È da ricordare però, che il sacro di questa età è composto di piccoli nuclei già ossificati e per la sua maggiore estensione è ancora cartilagineo, la quale condizione anatomica induce, che col disseccamento le porzioni cartilaginee si retraggono, si impiccioliscono, il sacro diminuisce le sue dimensioni trasversali e così pure il diametro trasverso del bacino, mentre che gli antero posteriori rimangono quasi inalterati nelle loro estensioni. Era facile adunque che se non tutti, almeno molti di quegli autori che contribuirono a far ritenere i bacini di questa età, quali furono fin'oggi ritenuti, siansi messi precisamente in tali condizioni d'osservazioni.

Se ora volessimo studiare i bacini che si sviluppano sotto l'influenza di processi patologici, considerando specialmente la sifilide, il rachitismo e la tubercolosi, potremo certamente ricavare qualche conclusione non del tutto sfornita d'interesse.

Per vero, innanzi accennai d'aver osservati i bacini di due feti sifilitici, in cui ebbi a notare che la estensione del diametro trasverso, era minore dell'antero-poste-

riore, anche quando lo si paragonava allo *spazio utile*. La qual cosa evidentemente m'autorizza a ritenere, che la pelvi, la quale si sviluppa sotto l'influenza della sifilide, subisce un appiattimento laterale che le dà una impronta specifica allontanandola dal tipo normale. Voglio dire che la sifilide produce *il più sovente* un restringimente più o meno notevole dei diametri trasversali e, nel medesimo tempo, una inferiorità nello sviluppo generale del bacino (1). Nei bacini dei sifilitici, la forma del distretto superiore si allontana molto dalla forma normale, essendo allungata antero-posteriormente, la qual forma può anche eccezionalmente riscontrarsi nei bacini ben conformati: i margini laterali sono, per così dire, ravvicinati l'uno all'altro in avanti; deformazione che notavasi caratteristica specialmente nel bacino da me esaminato al n. 35.

A maggiori e più importanti osservazioni si prestano però i bacini sviluppati sotto l'influenza della rachitide. Infatti potei esaminare sei bacini di feti figli di donne rachitiche (n. 10, 15, 21, 22, 37 e 43), nel secondo dei quali, affetto evidentemente da rachitismo in atto, notasi molto marcata una prevalenza forte del diametro trasversale sull'antero posteriore, sia anche questo il promonto-sopra-pubico. Negli altri cinque bacini per contro, provenienti da madri chiaramente rachitiche, e qualcuna altresì molto deformata, non rinviensi la impronta caratteristica di quello appiattimento nel senso della C. V. che ne rende direi così, le sembianze specifiche; rinvengonsi per contro le variande che si possono riscontrare nei bacini normalmente conformati e provenienti da feti assoluta-

(1) Ho detto il *più sovente*, non ostante che dalle mie osservazioni avrei dovuto ritenere questa forma del bacino sifilitico *assolutamente* costante, prima perchè dalle osservazioni del Turquet apparisce che *qualche volta*. anche questi bacini possono avere il diametro trasverso più lungo, sia anche perchè il Hennig aveva già precedentemente dimostrato nei bacini non sviluppati sotto influenza di processi patologici, la esistenza, rara se si voglia, dei bacini prevalenti nelle dimensioni antero-posteriori.

mente sani. Nelle pelvi infatti segnate ai n. 10, 22 e 37 si riscontra il diametro trasverso che supera l'antero-posteriore d'una quantità non superiore a quella che rinviensi nei bacini normali, mentre che poi quelle segnate sotto i n. 21 e 43, hanno perfino il diametro promonto-pubico che supera il trasverso di mm. 2, varietà che eccezionalmente si riscontra nei bacini perfettamente conformati, quantunque come in questi, sempre lo *spazio utile* è inferiore al diametro trasversale.

Dalle quali considerazioni credo poter essere autorizzato a concludere al riguardo, in maniera alquanto diversa da quelli che mi precedettero in questo studio, ritenendo: che il *rachitismo in atto* nello scheletro fetale produce la deformazione caratteristica del bacino, cioè il raccorciamento molto esagerato del diametro antero-posteriore rispetto al trasverso, ma il rachitismo pregresso materno, non influenza marcatamente lo sviluppo pelvico fetale, quando lo scheletro di questo fu esente dal vecchio male materno.

Non fu senza ragione poi che io curai, fra le diverse misure diametriche, segnare altresì quella che dal mezzo circa d'una linea innominata portasi al punto omonimo del lato opposto: ciò feci perchè, sempre e quando lo si voglia, si può con le misure che io presi, costruire e ricostruire graficamente il contorno esatto del distretto superiore di questi bacini, ed anco, e più ancora, perchè dalle misure numeriche soltanto, si può notare la forma medesima.

Dirò adunque al proposito, senza dilungarmi di più, che la forma del distretto superiore nei bacini della prima età è alquanto diversa a seconda del sesso del feto che si esamina. Essa rappresenta un ovale allungato trasversalmente nelle femmine, mentre che nei maschi ha una configurazione leggiermente triangolare nel maggior nu-

mero delle volte. E concludendo questa prima parte del mio studio posso così enunciare il resultato delle mie osservazioni.

1°. Nel bacino infantile normale, contrariamente a quello che sino ad ora è stato insegnato e ritenuto, si ha a livello del distretto superiore un predominio marcato del diametro trasversale sull'antero-posteriore: predominio che rinviensi così nelle femmine come nei meschi, e tanto nella vita intra come nella extrauterina, dovendosi ritenere come eccezionale la maggiore estensione dell'antero-posteriore (1).

2°. Il rachitismo fetale *in atto*, la sifilide e la tubercolosi, influenzano diversamente lo sviluppo del bacino, in maniera che presentano modalità speciali:

a) la sifilide produce un forte appiattimento laterale del bacino, di maniera che si riscontra un forte raccorciamento dei diametri trasversi rispetto agli antero-posteriori;

b) il rachitismo *in atto* nello scheletro fetale invece induce forte abbreviazione dei diametri antero-posteriori con evidente predominio di estensione nei trasversali;

c) non ho osservazioni personali sull'influenza che la tubercolosi spiega sullo sviluppo del bacino; però posso sulla esattezza delle conclusioni del Turquet, ritenere che

(1) Non è più dunque ai nostri giorni sostenibile la idea del Burns sui caratteri di animalità del bacino dell'infanzia, essendo chiaro per contro, che anche nella vita endouterina la pelvi possiede già dei caratteri che la differenziano da quella degli antropoidi.

Una quistione mi sembrerebbe importantissima ad agitare nello stato attuale della scienza, cioè a dire, accertato oggi che la forma dal bacino sia quella che noi la osserviamo, erravano gli antichi ritenendola tutt'affatto diversa? osservarono sempre bacini secchi, ovvero le forme e le dimensioni del bacino fresco erano quelle da essi descritte? è da ritenersi una possibile perfettibilità della forma del bacino e sua costituzione che per eredità è andata gradatamente perfezionandosi attraverso un lungo volgere di anni?

La risposta, come si comprende agevolmente, è assai difficile a darsi, e sarebbero necessarie ricerche antropologiche assai accurate ed assai numerose per risolvere questo problema, per quanto altamente scientifico, altrettanto complicato, e che io gettai qui come una semplice idea, lasciando a mente più vasta la soluzione.

anch'essa produce un abbreviamento dei diametri trasversi, meno marcato però di quello causato dalla sifilide (1).

3°. La forma del distretto superiere è ovale, col maggior diametro trasversale, presso le femmine; la rinvenni un po' triangolare molte volte nei bacini dei maschi.

Stabilito adunque sopra osservazioni anatomiche e dati di fatto, contrariamente a quello sinoggi creduto ed insegnato, che il bacino dell'infanzia ha il distretto superiore un predominio marcato nelle sue dimensioni trasversali; la forma ovale del medesimo, allungata da un lato all'altro: constatato insomma che, meno per il volume e le dimensioni, il bacino infantile deve essere ritenuto simile a quello della pubertà, non essendo più il caso di parlare di quelle profoude diversità, di cui pria tanto si discorreva, quale compito rimane più alle *forze* sinora volute ritenere *trasformatrici*, se trasformazioni non si dovrebbero più indurre nella pelvi della prima età, perchè simile affatto all'adulta? Dove più può esistere la loro grande importanza, di cui furono reputate degne sinora per spiegarne i cambiamenti? Possono e debbono esse per avventura rimanere ancora nella scienza, ovvero vanno dimenticate del tutto, perchè crollate e sepolte nel dominio della storia, insieme con la base inesatta su cui erano fondate?

(1) Allorchè comunicai questi miei studii al Congresso di Napoli, a questo punto, l'Egregio Dott. Cosentini di Palermo, mi faceva notare come egli, che pur si occupa di questa quistione, direi oggi pienamente militante, avesse avuto occasione di osservare e misurare dei bacini infantili, fra cui alcuni di bambini figli di tubercolotiche. Or bene: pur convenendo meco in tutto il resto, egli aveva trovata la forma normale in questi bacini, voglio dire predominio del diametro trasversale. A ciò, come era naturale, risposi di mancare di osservazioni personali, e di aver improntata detta conclusione dal Turquet: intanto è bene che io abbia fatto parola di questa divergenza del Dott. Cosentini perchè si possa guardare lo argomento ancora da questo punto di vista.

Eccovi le dimande che ho rivolte a me stesso, che mi sembrano dotate d'importanza singolare e che cercherò di discutere e risolvere assai brevemente.

A guardare assai snperficialmente la cosa, a me sembra, che i profondi studii dei Fratelli Weber e del Meyer principalmente, e le loro teoriche debbano cader di peso per essere addirittura annullate; poichè ritenuta la pelvi dell'infanzia simile a quella della donna adulta, è logico e naturale non esservi necessità di ricercare altrove lo acquisto della definitiva forma e calibro, che nel crescimento proporzionato all'età ed allo sviluppo individuale.

Ma guardando ben a dentro la cosa, io sono di credere si debba vedere, che ciò sia non del tutto esatto, nè pienamente sostenibile, perchè affatto contrario alla realtà dei fatti. Ed in vero, se il bacino dell'infanzia qual oggi bisogna ritenerlo ha molta similitudine con quello della donna pubere, è ben lungi però dall'essere, togliendo, s'intende, le differenze di proporzioni, identico perfettamente a questo. Cosicchè se arriverò a dimostrarvi che la pelvi infantile ha caratteri diversi da quelli che acquista poi definitivamente all'epoca della pubertà; se potrò dimostrarvi ancora differenze fra l'uno e l'altro, avrò evidentemente ben stabilita la base per sostenere la mia tesi.

Ed acciò il mio assunto possa riuscir più chiaro, ed io mi renda più facile il compito, esporrò a grandi tratti questa comparazione, onde dimostrare le fondamentali differenze esistenti fra i bacini delle due età, e le trasformazioni che l'uno dee subire per mutarsi definitivamente nell'altro.

Innanzi tutto il promontorio sacro-vertebrale è nel bacino infantile appena accennato: che anzi esso non costituisce un *promontorio* nel vero senso della parola, ma rappresenta il *maximum* d'una curva regolare, a rag-

gio molto esteso e convessità anteriore, fatta dalle ultime vertebre lombari e prime sacrali. Nel bacino adulto, per contro, l'articolazione sacro-lombare costituisce un vero promontorio, molto sporgente, da rappresentare l'apice d'un angolo a seno aperto posteriormente.

L'articolazione del sacro colla colonna vertebrale nel bacino della prima età, trovasi ad un livello molto elevato rispetto a quello delle linee innominate, cosicchè l'inclinazione del piano del distretto superiore, è molto più accentuata di quella che rinviensi ordinariamente e nei casi normali nel bacino adulto; nel quale altresì la relazione di elevazione del promontorio sacro-vertebrale rispetto alle linee innominate è molto meno accentuata.

Il sacro nella sua totalità nei bacini dell'infanzia, è quasi diritto nel senso verticale, esistendo solo un accenno d'incurvamento anteriore, nella metà inferiore del medesimo; di tal che la sua lunghezza verticale è *relativamente* maggiore di quello che riscontrasi nei bacini di donna adulta (1), nei quali, per contro, esso presenta un incurvamento equabile nella massima estensione della sua faccia anteriore ed a raggio non gradatamente esteso.

Trovasi nel sacro dei bacini dell'età infantile un incurvamento trasversale molto più marcato e più pronunziato di quello che non riscontrasi nei bacini della età adulta.

Di più nelle pelvi della prima età, trovasi costantemente o quasi, una projezione anteriore d'un certo grado della sinfisi pubica, la quale concorre a dare al bacino di questa età la forma più o meno triangolare; sinfisi pubica che nel bacino della seconda età è arrotondita e concorre colle branche orizzontali dei pubi, e parte delle linee innominate a formare un arco di cerchio quasi perfetto.

(1) Intendo parlare della lunghezza verticale, tirata perpendicolarmente dal promontorio, parte centrale, alla punta del sacro o del coccige.

Le linee innominate medesime nei bacini infantili sono molto più diritte di quanto non le si rinvengano in quelli delle donne puberi, nei quali invece mostrano un marcato e più equabile incurvamento. Le ali iliache dei primi sono diritte, di tal che formano col rimanente delle linee innominate un angolo molto ampio, facendo vedere altresì un accenno soltanto di quell'incurvamento ad S maiuscola italiana delle loro creste: incurvamento ad angolo che nelle pelvi adulte trovansi molto più accentuati, sia perchè l'ala iliaca medesima ha aumentata la sua estensione orizzontale, sia anco perchè ha subìto un doppio accartocciamento sopra sè stessa, da rendere molto più marcata l' S italica con le sue due curve in senso contrario.

L'arcata pubica dei bacini dell'infanzia è stretta e si termina ad angolo abbastanza scarso nel numero dei suoi gradi, cosicchè le branche ischio-pubiche, che concorrono a comporla, sono quasi parallele, mentre che nei bacini perfettamente sviluppati, l'arcata medesima è molto ampia e arrotondita nel suo apice e le branche pubo-ischiatiche trovansi fortemente divergenti in basso. Nei bacini adulti lo *spazio prettamente utile*, mi sia concesso di ritenerlo rappresentato dalla C. V. o diametro promonto-sopra-pubico, al quale certamente però esso moltissimo si avvicina, essendo ogni altra linea-diametro, che dal margine superiore della sinfisi pubica possa essere tirata sulla faccia anteriore del sacro, più estesa di quantità variabile, di quella rappresentata dalla C. V. Nei bacini infantili, per contro, lo spazio utile non è misurato dalla linea promonto-sopra-pubica, ma da quella che partendo dal margine superiore della sinfisi pubica, vada a terminarsi al di sotto dell'articolazione sacro-vertebrale e più precisamente *quasi* all'orlo superiore del secondo pezzo del sacro.

Da ciò può e deve anzi dedursi, che mentre nel bacino adulto, è precisamente il punto centrale del margine anteriore del promontorio che rappresenta il punto più vicino all'orlo superiore della sinfisi pubica, nei bacini infantili esso trovasi al di sotto dell'articolazione sacro-vertebrale; la qual cosa depone anche in favore della dirittezza del sacro, ed altresì dell'elevazione del futuro promontorio.

Il rapporto di estensione fra diametro antero-posteriore e trasversale è molto minore nei bacini infantili di quello che non sia nelle pelvi adulte; infatti pei primi essi stanno come 26,5 (*spazio utile*) a 32,7 (*trasversale*), mentre che nei secondi stanno come 110 (C. V.) a 135 (trasverso), almeno tenendo conto della media più accettata pel bacino adulto e quella da me rinvenuta nei 45 bacini infantili esaminati.

Ma evvi ancora di più, e questo a mio credere non è sfornito di molta importanza; voglio dire che nei bacini infantili la estensione maggiore nella misura trasversale, non parte dal mezzo di una linea innominata per raggiungere quella del lato opposto, come trovasi nei bacini adulti: se si tenessero presenti i detti punti di ritrovo, per la dirittezza delle linee innominate medesime, si rinverrebbe, assai spesso, il diametro trasverso più corto dell'antero posteriore. Siccome però quello deve rappresentare la massima estensione da un lato all'altro, così bisogna portarsi molto più indietro, bisogna cioè avvicinarsi moltissimo alle articolazioni sacro-iliache per ottenerlo.

Così praticando però, è vero che si ottiene la estensione massima nel senso trasversale, ma è giuocoforza convenire che questa linea non sarà più un diametro, poichè essa non passa più pel centro di figura del distretto superiore, ma costituisce la corda che sottende

quell'arco di cerchio, a raggio molto lungo, rappresentato in massima parte dalla larghezza della faccia anteriore del sacro.

Se ora volessi ricapitolare in brevi parole l'analisi che venni fin qui facendo, potrei dire che la poca o nessuna sporgenza nell'area pelvica dell'articolazione sacro-vertebrale: la forte elevazione del medesimo: la dirittezza del sacro: la proiezione anteriore della sinfisi pubica: la diritezza delle linee innominate e delle ali iliache: la strettezza dell'arcata pubica: lo spazio utile assai diverso e distante dalla C. V.: il rapporto minore fra le estensioni antero-posteriori e le trasversali: i punti di massima distanza in senso trasverso in molta vicinanza delle articolazioni sacro-iliache, costituiscono appunto le caratteristiche del bacino infantile, cui si possono contrapporre quelle opposte del bacino adulto.

Se adunque il promontorio si accentua e si abbassa; se il sacro s'incurva ed il pube si appiattisce; se si incurvano le linee innominate e le ali iliache acquistano una maggiore estensione orizzontale e nelle loro creste si accentua la doppia incurvatura ad S; se l'arcata pubica si allarga e l'angolo sottopubico si arrotondisce; se la C. V. arriva a rappresentare con grandissima approssimazione prettamente lo *spazio utile o coniugata anatomica ed ostetrica* (Inverardi); se si aumenta il rapporto fra estensione antero-posteriore e trasversale del bacino e si spostano i punti di ritrovo della maggior lunghezza in quest' ultimo senso, la quale da corda diventa diametro; modifiche le quali rappresentano il passaggio della pelvi infantile in quella di donna adulta; può dirsi che tutto ciò è opera del crescimento bruto della materia grezza abbandonata a sè stessa?

Ovvero è esso per avventura il risultato di potenze, che agendo su questa, secondo leggi ed in senso ben stu-

diato e determinato, le imprimano caratteri di maggiore perfezione e la preparano e rendono atta alla più alta funzione a cui la donna è chiamata?

Questi numerosi e profondi cangiamenti che subisce il bacino infantile non sono essi dunque lo effetto patente delle antiche *forze trasformatrici* che già dissi in altra mia nota, piacermi meglio di chiamare *potenze che imprimono alla pelvi infantile la definitiva forma ed i normali rapporti diametrici?*

Io non vorrò occuparmi nè intrattenervi sul modo come queste potenze agiscono per produrre cosiffatti cangiamenti nel bacino infantile, poichè le son cose perfettamente note ed io medesimo le trattai estesamente in altra mia comunicazione al Congresso di Roma (1). Dallo studio coordinato però del loro modo di azione, ne scaturisce logicamente ed assai evidentemente come risultato, che lo effetto di dette forze rappresenta lo acquisto definitivo della forma e delle dimensioni del bacino della pubertà.

Se però non tenni gran fatto a parlare del modo di azione delle forze innanzi cennate, a me premeva moltissimo, dopo d'avervi tenuto parola della riconferma ottenuta colle mie stesse osservazioni, per quanto riguarda la forma e le dimensioni del bacino dell'infanzia, dimostrarvi che la dotta e difficile teoria delle forze trasformatrici del bacino della prima età in quello della donna adulta non cade mai, ma è sempre là bene al suo posto, non ostante che siano fondamentalmente cambiate le idee sulla forma e sulle dimensioni del bacino infantile.

Essa è sempre la sola, che armonizzando fra loro il *peso del tronco*, la *contropressione femorale*, le *trazioni sulla sinfisi pubica* ed in generale *l'azione ligamen-*

(1) *Contribuzione allo studio del bacino cifotico.* Annali di Ost. e Gin. 1887.

tosa e, come altrove dimostrai, altresì *lo sforzo muscolare*, dà piena spiegazione dei cambiamenti profondi che il bacino dell'infanzia subisce per pigliare la sua definitiva impronta ed acquistare il massimo grado di perfezione, onde rendere la donna perfettamente conformata capace della più alta delle umane funzioni, voglio dire atta al partorire.

CASISTICA OSTETRICA

Gravi fenomeni consensuali della gravidanza, specialmente vomito, protrattisi fino all' 8° mese. Cura e rapida guarigione colla interruzione artificiale della gravidanza medesima. — Dottore G. Gelli.

Non è cosa tanto comune l'osservare insieme associati molti e tra i più tormentosi e più gravi fenomeni consensuali della gravidanza, nè il vedere la loro durata oltrepassare una certa epoca, generalmente i tre primi mesi. Abbiamo perciò stimato meritasse il conto di pubblicare la seguente storia clinica, anche per presentare un caso in cui per tutta la durata della gestazione fu impossibile formulare una diagnosi giusta, dinanzi ad una proteiforme manifestazione di un disordine generale dell'organismo del sistema nervoso in specie. L'ingegno del clinico desideroso di affermare *a priori*, avrebbe potuto sbizzarirsi ed avrebbe intravisto lesioni viscerali gravi che non esistevano. Solo il criterio terapeutico potè far luce e nel caso in discorso si può dire che si venne alla conclusione *hoc post hoc ergo propter hoc.*

Il 15 Settembre 1888 fu ricoverata nella Clinica ostetrica di Firenze certa C. G. di 28 anni, di professione sarta. Diceva di aver condotto sempre una vita sedentaria, come richiedeva il mestiere, e di essersi sempre alimentata bene, sia per qualità che per quantità. Benchè

di gracile costituzione, godette sempre di una salute relativamente buona; a due anni ebbe un'adenite suppurata della glandula sottomascellare destra, e a 17 anni fu colta da febbre tifoidea che per molto tempo la tenne malata. Mestruata a 19 anni, scarsamente e senza dolori, ebbe in seguito mestruazioni regolari pel periodo di ritorno per la qualità e durata, sempre scarse in quantità. Ebbe due gravidanze precedenti all'ultima in corso, ed ambedue terminarono con parti naturali seguìti da puerperii fisiologici. Allattò il primo figlio per un anno, e il secondo per 7 mesi solamente, non permettondole le condizioni generali di una salute non troppo florida, di protrarre l'allattamento.

Riguardo alla gravidanza in corso, diceva di avere avuto l'ultima mestruazione il dì 10 di Marzo 1888 e che questa era stata uguale alle procedenti. Però nel primo mese di gestazione la donna incominciò ad avvertire dei dolori alla cintura pelvica, manifestandosi anche un lieve scolo leucorroico. Credendo esser presa da una malattia uterina ricorse al medico, il quale trovò l'utero grosso, con metrite cervicale granulosa: questi allora intraprese una cura locale con cauterizzazioni coll'acido fenico, con tamponi all'iodoformio ed alla glicerina e con irrigazioni vaginali di varie acque medicate. La donna asseriva di non aver ritratto alcun vantaggio dalla cura, perchè i dolori aumentavano, e a varii intervalli di tempo si manifestava la febbre preceduta da brividi di freddo non molto intensi: non durava mai più di 12 ore. Nel secondo mese, dall'ultima mestruazione, si manifestò anche il vomito tanto a digiuno che dopo avere ingerito cibi. Col vomito vennero le nausee, la scialorrea, la perdita dell'appetito, le cefalee e varii altri fenomeni nervosi. La funzione vescicale si fece più frequente e la mizzione era molto dolorosa, specialmente al suo cominciare, tante volte veniva interrotta; dice che

l'orina lasciava del sedimento, non abbondonte, di aspetto farinoso e presentava anche delle nubecole. — Compiuto il secondo mese, il medico incominciò a sospettare della gravidanza in corso, ed allora tralasciò le cure locali, che già aveva molto diradato, vista la loro inefficacia. Il sospetto di gestazione divenne poi certezza; e la cura si ridusse a qualche sedativo del sistema nervoso.

Fino al giorno dell'entratura in clinica, la donna fu sempre molto sofferente: ogni pochi giorni aveva febbre, che si metteva alla sera, preceduta da brividi di freddo, non molto intensi, nè durava più di 12 ore: frequente cefalea, con qualche disordine nell' ideazione, anoressia e nausee; vomiti a tutte le ore del giorno, prima e dopo ingerito gli alimenti; dolori non continui nella regione epigastrica; dolori e borborigmi intestinali; diarrea frequente di materie giallastre con stralci di mucosità; voglia frequente di orinare; mizione talvolta dolorosa non continua; orine scarse e dense. Si era manifestata anche una tosse secca stizzosa, molto molesta. Al 5° mese vennero in campo anche dei dolori uterini, e l' utero contraendosi, sporgeva in avanti; con queste contrazioni qualche volta scolò un poco di sangue dai genitali, per modo che fu varie volte dubitata la interruzione della gravidanza. I dolori alla cintura pelvica erano rimasti stazionarii.

Come è naturale a pensarsi, le condizioni generali di nutrizione della donna si erano fatte molto gravi: essa trovava un unico sollievo nei narcotici, presi per bocca o per la via del retto.

Appena giunta all'Ospedale, fu proceduto ad un esame accurato della donna e fu trovato: pelle e muccose anemiche; pannicolo adiposo quasi scomparso; masse muscolari molto flaccide. Scheletro piccolo, atrofico, rachitico.

La fisonomia era di persona molto sofferente; occhi

incavati con estesi archi plumbei. Nella regione sottomascellare destra si osserva un'antica cicatrice per pregressa adenite suppurata: le coste erano sporgenti con articolazioni condrali ispessite. Mammelle flaccide, cadenti, con areola primitiva e secondaria poco pigmentate. Mano psichica. Regione ipogastrica infossata; uniformemente tumefatto il basso ventre; con pigmentazione della linea medio-addominale; cicatrice ombellicale un po' sporgente. Pelvi piatta, con circonferenza di 83 ctm.; distanza tra le S. I. A. S. di 25 ctm. 25,5 tra le creste; diametri obliqui di 26 ctm.; distanza tra il pube e la S. I. A. S. tanto di destra che di sinistra 17 ctm.; altezza 20 ctm.; distanza fra i grandi trocanteri 30 ctm.; coniugata esterna 18 ctm. Lieve curvatura dei due femori.

Alla palpazione; poco resistente la gabbia toracica, ventre cedevole, un po' dolente; utero sulla linea mediana, col fondo al livello della cicatrice ombellicale; con facilità si contraeva molto dolorosamente sotto le mani e la contrazione durava per qualche tempo.

Alla percussione; sonorità normale in tutto l'ambito polmonale; area del cuore, piccola; suono ottuso in tutta l'area occupata dal tumore uterino.

Alla ascoltazione: diminuzione del mormorio vescicolare, specialmente in alto; qualche rantolo dei medii bronchi più qua e più là; tuoni del cuore normali; battito cardiaco fetale molto debole, sulla linea mediana verso il pube; soffio uterino poco distinto a destra.

I genitali esterni erano normali, di pluripara, congesti con qualche condiloma. Si sentiva all'esplorazione la vagina ampia e liscia; la cervice uterina persistente, e poco rammollita, ed il segmento inferiore spesso e resistente.

Si poteva dunque ritenere come certa la gravidanza, di già al sesto mese compiuto; ma di fronte a tutta

quella sindrome fenomenale non si poteva formulare una sicura diagnosi della affezione o delle affezioni concomitanti quella gravidanza.

Poteva affacciarsi il dubbio che avendo a fare con una neuropatica, molti dei fenomeni subiettivi fossero molto esagerati; ma come si osservò per tutta la durata della gestazione, esistevano le nausee ed i vomiti molto frequenti, la tosse quasi sempre secca e stizzosa, talvolta seguìta da qualche escreato rugginoso; i rantoli sparsi, il meteorismo, le contrazioni dell'utero quasi tetaniche ad ogni contatto delle mani, seguìte talvolta da stillicidio di sangue; la voglia frequente di orinare, le orine scarse e dense; e la diarrea a brevi intervalli di tempo.

Nell'esame degli spurghi non furono trovati elementi polmonali, nè bacilli: le materie vomitate presentarono due o tre volte delle strie di sangue; nelle materie diarroiche non fu trovato nulla che giustificasse al di là di un catarro dell'ultima porzione dell'intestino. L'orina non fu mai albuminosa.

Le sofferenze che realmente esistevano solamente cedevano qualche volta, tal altra si mitigavano assai ma per poco tempo, coll'uso dei narcotici sotto forma di laudano e di oppio puro per bocca, di morfina per bocca e per iniezioni ipodermiche e di laudano per clistere.

La cocaina provata varie volte, non valse a frenare il vomito. Questo avrebbe potuto anche dirsi infrenabile o incoercibile, ma non era tanto frequente da non permettere un qualche nutrimento. Come è facile a supporre, la gestante tormentata tutti i giorni, ora da una cosa, ora dall'altra, ora da quasi tutte insieme, diveniva sempre più irrequieta, pallida e sparuta. In 48 giorni la febbre vespertina si manifestò 14 volte, non oltrepassando mai i 39° c. e mantenendosi più spesso intorno ai 38° c. Verso la fine dell'8° mese i vomiti e la diarrea accennarono ad aumen-

tare. Per questo il Prof. Chiara partendo dal concetto che la maggior parte dei fenomeni dipendessero unicamente da un'alterata funzionalità del sistema nervoso, dipendente dallo stato di gravidanza, stimò opportuno il non attendere più oltre, senza esporre a grave rischio e feto e madre, e pensò di curare il vomito dello stomaco e dell'intestino col vomito dell'utero.

Il 2 di Novembre, dopo aver preparato la donna con alcune docciature alla Kivish, nella mattinata fu introdotta nel cavo uterino una siringa elastica, seguendo il metodo Krause. Però nella manovra, si ruppero le membrane, e scolò liquido amniotico normale per quantità e qualità. Il dì 3, dopo un periodo dilatante di 4 ore e 20 minuti, ed un periodo espulsivo di mezz'ora, venne alla luce spontaneamente in presentazione di vertice, posizione O. I. S. A. un feto di sesso maschile, vivo e sano, del peso di 2 chilogrammi e di 43 $^1/_2$ ctm. di lunghezza.

Gli annessi completi, si presentavano un po'anemici; pesavano 650 grammi.

Dopo il parto, continuò il movimento febbrile che si era già iniziato due giorni prima, e per quattro giorni ancora continuò con varie oscillazioni, arrivò fino ad un maximum di 39°,5 c.

Dal lato puerperale si poteva escludere assolutamente qualunque, benchè lieve, processo settico. La diarrea continuò ancora per qualche giorno; ma nei primi otto giorni tutti i fenomeni toracici e addominali scomparvero, fuorchè un senso di malessere piuttosto forte nelle ore in cui la malata erasi abituata a prendere una iniezione di morfina. Un poco alla volta fu cessato anche l'uso di questo narcotico, e la donna riacquistò in brevissimo tempo il suo stato abituale di salute.

RIVISTA

Sulla causticazione col cloruro di zingo nel carcinoma grave dell'utero e nella endometrite cronica. Dott. Ernst Frankel.

L'A. prende occasione da una discussione fatta alla « Società Ostetrico-Ginecologica di Berlino » sul medesimo tema per comunicare i resultati da esso ottenuti. Comincia col rivendicare al Sims l'onore di avere applicato per primo questa medicatura. L'A. fino dall'anno 1879 nel quale apparve la memoria del Sims, applicò la causticazione col cloruro di zingo nella cura del cancro ed ottenne resultati soddisfacienti. L'A. è naturalmente partigiano dell'amputazione completa, quando questa sia possibile con qualche speranza di riuscita; ma quando l'utero è fissato, e sono invasi i tessuti circonvicini ed i linfatici, allora l'operare sarebbe follia e l'A. tenta il metodo del Sims. Egli ha sei casi, i quali per le suddette ragioni erano ritenuti come da non operarsi, e che trattati dall'A. con il metodo suddetto sono stati radicalmente guariti. Il primo dei casi trattati dal Sims era rimasto relativamente sano, libero da recidiva, 5 anni dopo. Dei sei casi citati dal Fränkel il più vecchio conta 7 anni dall'operazione ed è tuttora in buone condizioni, non è recidivato; si potrebbe dunque credere ad una guarigione radicale.

In quanto al processo operativo l'A. nota, che egli dopo di aver remossi e raschiati i tessuti induriti, non fa, come Marion Sims e van de Värker, lo zaffamento delle cavità cruentate con il cotone al percloruro di ferro; ma col Paquelin caustica profondamente i tessuti, quando non lo controindichi la vicinanza della vescica o del retto o lo spazio del Douglas. Egli raccomanda che la causticazione sia profonda, perchè altrimenti non si raggiunge lo scopo emostatico e non si avrebbe la formazione di una cicatrice resistente e già, prima della caduta della escara, si svilupperebbero nuovi focolai di carcinoma.

Dopo avere adunque così causticata la cavità della ferita, in modo che da ogni parte questa si copra di un'escara spessa, nera e secca, allora si disinfetta accuratamente e si asciuga, si impolvera di jodoformio e si tampona con garza al jodoformio e al tan-

nino alla Billroth, in modo che qualche tampone di garza sia messo anche in vagina. La reazione ad un simile trattamento è così piccola, che l'A. ha usato questa cura anche nell'ambulatorio. Quando la vicinanza della vescica, del retto e del peritoneo non permettono il trattamento sopradescritto, allora l'A. riempie la cavità con polvere di tannino e jodoformio a parti eguali e tampona con garza. Egli con questo metodo non ha avuto emorragia, molto meno morti per emorragia come altri. Certo non bisogna subito dopo il raschiamento applicare il tampone al cloruro di zingo, perchè bisogna pensare che il cloruro di zingo non è un emostatico. Marion Sims e van de Warker dopo il cruentamento applicano un bendaggio emostatico e poi il cauterio potenziale.

Caduta l'escara, non si deve fare subito l'applicazione dei tamponi al cloruro di zingo; prima si deve accuratamente esaminare la cavità, e raschiare ed escidere e causticare i luoghi sospetti, che possono essere sfuggiti nella prima operazione o possono essersi riformati al disotto della superficie causticata. Ispezionata la cavità si passa alla applicazione dei tamponi al cloruro di zingo. L'A. suole usare la concentrazione consigliata dal Sims 2 : 3. In tale stato il cloruro caustica molto energicamente e profondamente in modo che in 12-24 ore si è già formata un'escara profonda, consistente, di un colorito bianco grigiastro. Dopo 8-10 giorni l'escara cade in un sol pezzo o in più pezzi. L'A. non ha mai avuto per queste causticazioni lesioni gravi, perforazioni ecc. come altri. Il mezzo più semplice per limitare l'azione del caustico, è limitare il tempo dell'applicazione. Egli non ha mai trovato necessaria la applicazione del tampone caustico per 4-5 giorni come il Sims e van de Warker. Dopo 24 ore egli suol toglierlo, e trova già la escara formata e resistente come non si ha con nessun altro caustico potenziale o attuale. Le soluzioni allungate come quella al 10 per 100 di Cohn abbisognano di più giorni di azione; quelle più concentrate come quella del van de Warker al 50 per 100 non sono prive di pericolo. I dolori delle causticazioni si mitigano con i narcotici. Si ha una reazione febbrile che dura pochi giorni; ma la febbre non è elevata. L'A. ha osservato anche una leggiera parametrite, mai però danni molto gravi e durevoli.

Il tampone al cloruro di zingo può esser fissato agevolmente in un punto qualunque della cavità foggiata ad imbuto e abbastanza profonda. Per proteggere dall'azione del caustico le altre parti (le parti inferiori della vagina, della vulva e delle grandi labbra) egli usa i tamponi protettori del Sims o la vaselina al bi-

carbonato di soda come raccomanda il van de Warker. Del resto quando il tampone è accuratamente spremuto non vi è molto da temere.

L'A. anche qnando ha amputato la porzione vaginale del collo per mezzo dell'ansa galvanocaustica, ripete più volte la causticazione col cloruro di zingo e specialmente in quei casi, nei quali non è sicuro di avere asportato tutti i tessuti induriti; più avanti caustica profondamente col Paquelin. Il successo è soddisfaciente: nella cura consecutiva però si deve sondare il canal cervicale per impedire una stenosi.

Mentre si aspetta la caduta dell'escara si facciano delle iniezioni disinfettanti: nè si facciano manovre sulle escare per non produrre emorragie gravi. Quando la escara è caduta, la ferita si vede coperta da granulazioni di buona natura, sane, le quali tendono ad una rapida e solida cicatrice. Il trattamento consecutivo consiste nella medicazione asciutta con l'iodoformio e quando la cavità è piena di granulazioni allora irrigazioni interne con acido acetico grezzo.

In quei casi, nei quali le granulazioni sono pallide e deboli, giova moltissimo tamponare le cavità con tamponi imbevuti di olio di trementina di Chio.

L'A. non ha osservato mai delle stenosi. Egli crede che con questo metodo si rendano più difficili le recidive in loco e le metastasi negli altri organi, o almeno le si rendon più lontane. Se avviene una recidiva in loco si può ripetere l'operazione. Ma frequentemente basta la doppia cicatrice ottenuta col cauterio attuale e col cloruro di zingo per impedire una simile recidiva; così si impediscono le emorragie subitanee e rapidamente esaurienti e i dolori che rendono le donne insopportabili a sè stesse e a chi le assiste. Le malate si devono visitare almeno ogni 2-3 mesi per poter soccorrerle a tempo.

La questione della cura della leucorrea uterina per mezzo delle causticazioni col cloruro di zingo venne agitata in seno alla stessa Società di Berlino.

L'A. ha seguito il consiglio del Rheinstädter (Grundz. d. Gynäk., 1886 p. 48) di causticare la mucosa uterina col cloruro di zingo, vedendo che l'abrasione della mucosa e la consecutiva iniezione endouterina di tintura di jodo non conduceva ad una guarigione duratura. Egli ha fino ad ora trattato in questo modo nella clinica, all'ambulatorio e nella clientela privata, più di 100 casi nel corso di 2 anni, ed è di questo metodo insieme al Rein-

städter e Biose immensamente soddisfatto. Il metodo è senza pericolo, perchè la sua azione è di poca durata, 1-2 minuti, e non induce profonde alterazioni nè degenerazione cicatriziale della mucosa. Egli ha veduto dei casi nei quali le donne dopo la cura nuovamente concepirono, per cui non è da parlare di alterazioni gravi della mucosa uterina.

L' importanza di questa medicazione nei catarri dell' utero cronici, nelle erosioni della porzione cervicale ecc. è dimostrata dal Reinstädter in un suo articolo pubblicato dal *Centralblatt f. Gynäkologie* non che nel suo manuale *Praktische grandzuge der Gynäkologie.* Egli dice di aver usato da 10 anni questa medicazione e non aver mai avuto il più leggiero ristringimento. Il numero delle operate poi non è indifferente perchè sommano a 970 nei dieci anni. L'A. tiene come media del trattamento 12 iniezioni, due per settimana, cioè una cura di 2-3 mesi. È importantissimo anche il far rilevare che l'A. non ha mai avuto occasione di ripetere due volte la stessa cura sopra la medesima malata sebbene egli avesse occasione di visitare più volte le stesse donne per altre cause. Facilissimi a recidivare, sono invece, nonostante la cura, i catarri della vagina, ma vengon rapidamente guariti da irrigazioni che possono esser fatte dallo stesso malato. L'A. nella sua lunga pratica non ha avuto da questa cura più parametriti di quelle che non venivano suscitate dagli altri mezzi (raschiamento, dilatazione, irrigazione, iniezioni di altri liquidi, acido cromico, percloruro di ferro). L'A. nelle metriti croniche raccomanda oltre le causticazioni al cloruro di zingo, i tamponi alla glicerina, la quale è un mezzo idroscopico potentissimo e può in 2-3 mesi ridurre al volume normale e alla secrezione normale gli uteri più ingrossati e induriti

Nelle erosioni dell' utero, l'A. usa una soluzione acquosa a parti uguali di cloruro di zingo con resultato molto soddisfaciente.

Dott. L. Gigli.

L'elettroterapia sulle malattie dell' utero. M. Benedickt (Vienna). (*Berlin. Klin. Wochenschrift*, 1888 n. 30).

Descrive brevemente la cura dell'Apostoli. Egli usa introdurre nella cavità uterina una sonda elettrode fatta di platino impolarizzabile, il secondo reoforo viene dall'A. applicato sulle pareti ventrali, non direttamente, ma interponendo uno strato umido di argilla per impedirne l'azione caustica, questo strato di argilla può esser sostituito da una compressa di lino umida.

L'Apostoli usa delle correnti di 100-200 Milliampère. Per frenare un'emorragia uterina si adopra l'anode che viene introdotto nell'utero. Per tentare il riassorbimento di una neoplasia si introduce invece il catode. — Quando non si può penetrare con la sonda reofora nella cavità uterina si usa una specie di trequarti col quale si vince la resistenza dei tessuti. L'A. adopra invece di questo tre quarti l'agopuntura della quale egli si serve frequentemente per tentare il riassorbimento de' tumori. Il Benedickt ha modificato lo strumento in modo che questo possa agire contemporaneamente nella sostanza del tumore in più punti.

Con questo metodo egli intraprese la cura di un mioma dell'utero che con la cura secondo il metodo dell'Apostoli non era migliorato ed ottenne una diminuzione del tumore per tutto il tempo che proseguì la cura.

Però l'A. avendo usato contemporaneamente alla elettricità la dilatazione dell'uturo, le iniezioni e il tamponamento, tutti metodi curativi energici, non è certo quale parte vi avesse l'elettricità nella diminuzione di volume del tumore.

Uu simile decorso si osserva nei due casi di Bröse (*Verhand. d. Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gynäk. Zeitschr. f. Geburthœ u Gynäk.* Bd. XV, Hft. 1).

L'azione sarebbe temporanea. L'A. parla anche della possibilita di una cura delle cisti ovariche con questo mezzo.

Osservazioni sull'uso della elettricità in ginecologia. W. S. Playfar. (*Lancet*, Luglio 1888, p. 103).

L'elettricità come trattamento curativo di certe affezioni uterine è stato raccomandato già da Spencer Wells e Keith, questo ultimo specialmente l'aveva trovata utilissima per interrompere le emorragie uterine dovute a miomi e per togliere i residui dell'uovo. L'Autore ha esperimentato questo mezzo terapeutico nella pratica privata e in quella ospedaliera e comunica nell'articolo sopracitato i resultati ottenuti.

È innegabile per lui che il polo positivo ha un'azione emostatica, la quale non può esser raggiunta da alcuno dei mezzi fisici e chimici di cui il medico può disporre. Egli l'ha esperimentata in 18 casi, di cui molti avevano una certa gravità e in tutti rispose completamente. Fra i casi comunicati dall'Autore ce ne è uno, nel quale si tratta di donna già sofferente da anni e sottoposta, senza resultato, a moltissime cure, per ultimo era stato fatto il tamponamento della cavità uterina, ma anche questo mezzo non

aveva portato giovamento, l'A. fece l'applicazione della corrente e l'emorragia si arrestò fino dalle prime sedute e più non comparve.

Meno soddisfatto è stato nel trattamento di miomi. L'infliggere il polo negativo nella sostanza del tumore non è senza pericolo, in un caso l'A. ebbe la formazione di un ascesso con conseguenze spiacevoli. E tuttavia, sebbene abbia sempre ottenuto una diminuzione sufficente per togliere tutti i disturbi dovuti alla compressione che il tumore esercitava sulle parti circostanti, non ha mai ottenuto la completa guarigione. La corrente misurava una forza non superiore a 100 Milliampère

Molto raccomandabile questo trattamento è nella dismenorrea per stenosi o per catarro uterino cronico. Per l'A. questo è il metodo più semplice, più facile, più elegante e più sicuro di tutti i metodi conosciuti. Ricorda un caso di dismenorrea membranacea ribelle da 20 anni a tutte le cure e guarito dall'A. completamente con 10 applicazioni elettriche.

L'uovo umano. W. Nagel. (*Arch. f. mikroscop. Anatomie*, Bd. XXXI).

L'Autore, utilizzando il materiale della clinica del Gusserow, ha intrapreso per primo delle ricerche su l'ovaio umano-vivente. Le uova vengono osservate a fresco nel liquido follicolare, dopo l'operazione. Le misure sono fatte con l'oculare micrometro di Kloatsch. Le preparazioni da conservare sono fatte fissando il tessuto con la soluzione di acido osmico all'1 per 100 e mettendole poi per tre giorni nel liquido del Müller. I preparati vengono induriti con il liquido del Müller o con quello del Flemming; in quello Flemming colorati i primi con ematossilina, eosina o picro-carminio i secondi con la saffranina. L'inclusione nella paraffina e nella collaidina.

Il lavoro si divide in tre capitoli.

I. *L'uovo primordiale e il follicolo primitivo.*

L'uovo primordiale è una vera cellula con protoplasma, nucleo e nucleoli. Il follicolo primitivo rimane immutato nel suo aspetto e nelle sue proprietà fino alla maturazione completa dell'uovo. Queste uova si trovano irregolarmente distribuite nelle ovaie dei neonati e degli adulti. L'uovo primordiale non ha membrana. La vescicola germinativa si trova al suo centro ed è indipendente dal protoplasma, che consiste di una sostanza reticolare, splendente, omogenea, indipendente dalle vescicole germinative. La macchia germinativa apparisce, nelle uova giovani, rotonda, splendente e con reflessi giallastri.

Anche nell' uomo l'epitelio del follicolo circonda completamente l'uovo primordiale e così si forma il follicolo primitivo. Uovo e follicolo primitivo derivano secondo Nagel dall'epitelio germinativo. L'A. ritiene tutte le altre interpretazioni riguardo all'accrescimento dell' uovo umano e alla sua formazione come false, compresa quella che spiega l'accrescimento delle uova primitive, mediante la segmentazione. L'A. ha trovato uova con doppio nucleo, ma egli considera queste uova come uova gemelle. Le uova primitive si formano solo nella vita uterina

II. *Accrescimento del follicolo e dell' uovo.*

Il primo segno dell' accrescimento del follicolo primitivo è un cambiamento nell'epitelio, che si fa cubico e che si accresce rapidamente per semplice divisione cellulare. L'epitelio non vien mai formato, nè dall' uovo, nè dalle cellule dello stroma della sostanza limitante. Da questo momento si osservano fra le cellule dell'epitelio, delle grosse cellule simili ai vacuoli epiteliari del Flemming e considerate dall'A. come cellule che servono alla nutrizione elaborandosi nel suo interno il liquor follicoli. Essi assomigliano molto alle uova primitive; e questo si capisce facilmente, quando si pensa che ambedue derivano dell'epitelio germinativo. Il liquido comincia a formarsi quando si sono formati più strati di epitelio e sempre da quelle parti del follicolo che è rivolto verso la superficie esterna dell'ovaio.

Nel punto ove più tardi si svilupperà il disco-proligeno non si forma alcuna raccolta liquida. Dalle pareti del follicolo si forma dapprima la tunica esterna, poi la interna. Tra la tunica interna e l'epitelio follicolare si trova una membrana basale amorfa, la quale come la zona pellucida, deriva dall'epitelio del follicolo. Quando l'epitelio si è fatto cubico l' uovo comincia ad ingrossare omogeneamente da ogni parte senza cambiare delle sue proprietà. Quando l' uovo ha raggiunto una certa grandezza comincia per apposizione a formarsi la zona pellucida. Formatasi la zona, comincia dal centro la formazione del deuteroplasma; gli elementi del vitello penetrano nell' uovo per diffusione e sono subito assimilati al protoplasma; e siccome la formazione del deuteroplasma comincia dal centro per procedere verso la periferia, ne consegue che la vescicola germinativa è sospinta meccanicamente verso la periferia. Al margine dell' uovo si trova un sottile strato di protoplasma nel quale giace la vescicola germinativa.

III. *L'uovo completo e maturo.*

Per uovo completo l'autore comprende con Waldayer un uovo,

nel quale il protoplasma è così elaborato che si è trasformato in deuteroplasma. L'uovo è maturo quando la vescicola germinativa presenta i corpi polari.

L'uovo maturo del quale pel primo Nagel dà l'imagine più naturale e più completa consiste di

1°. un epitelio dell'uovo (26 μ), il quale consiste di cellule allungate con protoplasma granuloso e con nucleo evidente. Le cellule sono disposte a raggiera,

2°. una zona pellucida (20-24 μ), che ha sempre una striatura radiale, la quale striatura non accenna a canalicoli con pori o micropoli, i quali, secondo l'A., non si osservano nell'uomo. Verso il vitello la linea limitante della zona è più lucida e in alcuni punti merlata,

3°. uno spazio perivitellino (1,3 μ) il quale si osserva in tutti gli uovi umani, perchè la zona non ha alcuna connessione col vitello,

4°. di una zona marginale chiara esternamente (4-6 μ) formata da quella parte del protoplasma, che non si è cambiata in deuteroplasma,

5°. di una larga zona di protoplasma finamente granuloso (10-21 μ) nella quale il deuteroplasma ha ancora qualche carattere del protoplasma,

6°. di un deuteroplasma (82-87 μ) il quale è formato da granuli splendenti molto rifrangenti la luce e di varia grossezza,

7°. di una vescicola germinativa, (25-27 μ) la quale si trova sempre disposta eccentricamente al di fuori del deuteroplasma. Solo nei preparati induriti si vede chiaramente la struttura del nucleo coi punti nodali i quali stanno in relazione con la macchia germinativa. Quest'ultima è capace di alterazione della forma dovuta a movimenti ameboidei.

Nell'uovo maturo comincia la vescicola germinativa a modificarsi, i suoi contorni si fanno meno chiari e meno regolari, una parte del suo contenuto si espande e si formano i corpuscoli polari (Richtungs-Körperchen). Allora ha principio una degenerazione grassa dell'epitelio follicolare, per la quale l'uovo è più libero nel disco proligeno. Allora cominciano a crescere rapidamente le cellule dei corpi lutei, che sono piene di accumuli finissimi di grasso posti longitudinalmente.

In due uova mature l'A. ha avuta la fortuna di vedere nello spazio perivitellino due piccoli corpi rifrangenti, che egli ritiene fossero corpuscoli raggiati.

L'A. fa alcune considerazioni sull'ovaio dei neonati. In questi l'ovaio è di diversa grossezza e con la superficie finamente granulosa. La formazione delle uova primitive è, come più sopra è stato osservato, completa.

In molte ovaie si trovano dei follicoli di Graaf simili a quelli degli adulti e nei medesimi l'A. ha potuto trovare le uova nei diversi periodi del loro sviluppo. La struttura del nucleo, il deutero-plasma ecc. vi si trovano come nell'adulto.

L'A. crede che ciò che da altri è stato descritto come cisti dell'ovaio dei neonati non sia che un follicolo dal quale sia caduto l'uovo e l'epitelio.

All'ilo dell'ovaio dei neonati, l'A. non ha potuto dimostrare la presenza di sostanza marginale.

Emilio Eyrich ha fatto numerosissime uccisioni tratte dai preparati dell'Autore.

RIVISTA BIBLIOGRAFICA

Malattie delle donne. Skene. Edit. D. Appleton et C.ie New-York, 1888.

È un volume in 8°, di 950 pag., con 251 incisioni illustrative e 9 cromolitografie, scritto da Alessandro J. C. Skene, professore di Ginecologia nell'ospedale di Loug-Island, Brooklyn N. Y.

È un ottimo e pratico trattato di Ginecologia se non interamente completo, basato sopra ogni altra cosa sulla pratica stessa dell'Autore. Ogni malattia vi è descritta brevemente dandone la sintomatologia, descrivendone i segni fisici, le loro cause, la patologia anatomica e la cura, corredata poi da storie di casi tipici e complicati quali generalmente curati e quali particolarmente curati con metodi propri dell'Autore. L'Autore divide le malattie delle donne in tre classi. La prima comprende le malattie occorrenti dalla nascita alla pubertà; la seconda quelle fra la pubertà e la menopausa; la terza quelle che occorrono dopo la menopausa. Dopo la parte essenzialmente attinente agli organi generatori, circa 300 pag. sono dedicate alle malattie degli organi urinari della donna, ed una ultima parte considera la relazione che esiste o può esistere fra la ginecologia e le malattie mentali nella donna. Il libro è eminentemente pratico non

lasciandosi l'Autore trascinare nella discussione sul valore delle varie teorie riguardo le varie malattie e i loro metodi di cura. Nella parte dedicata al modo di esaminare la malata enumera i mezzi di diagnosi di cui può valersi il medico. Così il pratico può rendersi conto coll'esplorazione vaginale.

Della posizione, grandezza, forma e densità dell'utero. — Della grandezza e forma dell'orificio esterno. — Della presenza o assenza di liquidi fluenti dal collo uterino. — Dello stato delle pareti vaginali, del piano perineale e dello spazio retto-uterino. — Dello stato del retto e della parte inferiore del cul di sacco di Douglas. — Della posizione della vescica e uretra quali date attraverso la parete vaginale anteriore. — Della mobilità o no degli organi pelvici, intumescenze o tumori nel sacco di Douglas o nei ligamenti larghi. — Della addolorabilità di una parte qualunque.

Con l'esplorazione bimanuale: Della grandezza, forma e posizione del corpo uterino. — Della durezza, addolorabilità e mobilità dell'utero e di altri organi e tessuti. — Della posizione e stato delle trombe e dell'ovaia. — Dello stato della vescica. — Della presenza di neoplasmi e dei loro rapporti con gli organi pelvici. Dei prodotti infiammatori, loro sede e caratteri.

Esplorazione rettale: Condizione del retto, parete posteriore dell'utero, ligamenti larghi, tube falloppiane e ovaia; si conferma o si corregge i dati ottenuti con l'esplorazione combinata.

Esplorazione vescico rettale: Assenza dell'utero dalla sua sede o posizione normale nelle donne grasse. Questa esplorazione vale assai, in quanto l'esplorazione bimanuale è difficile.

Esplorazione vescico vaginale: Cambiamenti di posizione della vescica o dell'uretra. — Prodotti patologici nel setto vescico vaginale.

Palpazione: Forma, grandezza e densità di tumori o prodotti infiammatori sentiti attraverso le pareti addominali.

Percussione: Densità di prodotti patologici. — Sonorità normale. — Relazione fra i suddetti.

Palpazione e percussione combinate: Fluttuazione, densità o elasticità di prodotti patologici.

Speculum: Apparenza della mucosa della vagina e del collo uterino. — Segni d'infiammazione delle mucose. — Rapporti del collo con la vagina. — Forma dell'orificio esterno. — Carattere delle secrezioni. — Segni di traumatismi sul collo e vagina. — Natura di neoformazioni quale suggerita dalla loro apparenza.

Sonda: Direzione del canal cervicale e cavità del corpo uterino in rapporto con la loro posizione normale nella pelvi. — Rapporti fra il canal cervicale e la cavità del corpo. — Cavità dell' utero rettilinea, deflessa o tortuosa. — Diametri longitudinale e trasverso della cavità uterina. — Calibro del canal cervicale, orificio esterno e interno. — Grado di sensibilità delle varie porzioni della cavità uterina.

Sonda e palpazione combinate: L'utero spostato può essere portato sotto la mano sull'addome per esame. — Mobilità dell'utero con o senza intumescenze anormali nella pelvi o nella parte inferiore della cavità addominale.

Cucchiaio: Presenza o assenza di neoformazioni o tumori nell' utero. — Esportazione di parte delle neoformazioni dall'utero.

Aspirazione di fluidi (incistati o liberi) per diagnosi. Oltre a questi mezzi diagnostici possono essere utili dei dilatatori, tente, anestetici, specchi ecc. per più complete esplorazioni.

Il capitolo sugli spostamenti uterini vi è trattato ampiamente e un altro capitolo è dedicato ai danni derivanti dall'abuso dei pessari.

Le malattie delle ovaia, loro diagnosi e diagnosi differenziale sono pure trattate largamente e corredate da numerosi casi pratici. Per le diagnosi differenziali dei tumori ovarici l'autore si vale delle tavole del Peaslee. Le principali sono:

Idrosalpinge	Ciste ovarica
Gravidanza normale	» »
Fibroma uterino	» »
Fibro-cistoma uterino	» »
Ciste sierosa del ligamento largo	» »
Ascite incistata	» »
Ascite libera	» »

Monociste e oligociste. — Policistoma. — Ciste dermoide.

Quanto alla classificazione dei tumori ovarici l'autore li divide in due classi: 1ª contenente quei tumori che occorrono più frequentemente nella pratica e suscettivi di trattamento radicale chirurgico; 2ª contenente tumori che raramente occorrono o che resistono a qualsiasi cura chirurgica e tendono per la loro natura a esito letale.

G. Kirch.

Nuova-York.